

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1911-1912. — N° 99

DE LA TORSION
DES
PÉDICULES FIBRO-UTÉRINS
SOUS-SÉREUX
EN DEHORS DE LA GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Avril 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henry CARRET

Né le 16 Avril 1883, à Lyon,

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon,

Ancien Interne des Hôpitaux de Saint-Etienne.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1912



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 99

DE LA TORSION
DES
PÉDICULES FIBRO-UTÉRINS
SOUS-SÉREUX
EN DEHORS DE LA GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Avril 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

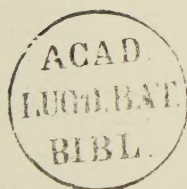
PAR

Henry CARRET

Né le 16 Avril 1883, à Lyon,

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon,

Ancien Interne des Hôpitaux de Saint-Etienne.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	LÉPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	COURMONT (P.)
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag.
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL —
Botanique	BRETIN —
Chirurgie expérimentale	VILLARD —
Clinique infantile	MOURIQUAND —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
COMMANDEUR	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F.)
GAYET	VORON	THÉVENOT	GUILLEMARD
NEVEU-LEMAIRE	NOGIER	TAVERNIER	PIÉRY, ch.
PATEL	LATARJET	CADE	SAVY, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (A.), Président ; JABOULAY Assesseur ;
MM. PATEL et THEVENOT, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

*dont l'absence en ce jour m'est encore plus
douloureuse !*

A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MES FRÈRES ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE POLLOSSON

Professeur de Gynécologie à la Faculté de Médecine de Lyon.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

Chirurgien des Hôpitaux.

*En témoignage de reconnaissance pour le
guide précieux qu'il a bien voulu être
pour nous pendant nos études médi-
cales.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THÉVENOT

*Qui a bien voulu accepter de faire partie
de notre jury de thèse.*

A MES MAITRES

EXTERNAT DES HOPITAUX DE LYON

- M. VALLAS, chirurgien des Hôpitaux, professeur à la Faculté de Médecine.
- M. VIGNARD, chirurgien des Hôpitaux.
- M. JABOULAY, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon.
- M. ROQUE, professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lyon.

INTERNAT DES HOPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE

- M. BLANC, chirurgien des Hôpitaux.
- M. MARTEL, chirurgien des Hôpitaux.
- M. VIANNAY, chirurgien des Hôpitaux.
- M. BEUTTER, médecin des Hôpitaux.

A LA MÉMOIRE DE M. ROUX, médecin des Hôpitaux.

AVANT-PROPOS

« La Reconnaissance est la mémoire du cœur. »

(MASSIEU.)

« La Reconnaissance est la justice du cœur. »

(DE GÉRANDO.)

Ce n'est pas seulement pour satisfaire aux traditions qu'avant d'entrer dans la grande famille médicale je viens remercier tous ceux qui se sont intéressés à moi, et, en particulier, mes Maîtres dans les hôpitaux de Lyon et de Saint-Etienne.

C'est bien plutôt un devoir du cœur, un devoir de justice, car, à côté des Maîtres essayant de m'initier à la science si vaste qu'est la Médecine, j'ai trouvé des conseillers, des protecteurs dans des circonstances de maladie ou de deuil.

Que MM. les professeurs Jaboulay et Roque veuillent me permettre de leur témoigner ici toute ma reconnaissance pour leur dévouement que j'aime à me rappeler.

Je dois aussi un souvenir ému au regretté M. Cavail-
lon, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de
Lyon.

M. le Dr Bianchi, ancien interne des hôpitaux de
Lyon, a été, chez nous, non seulement le médecin de

la famille, mais aussi l'ami prenant part à toutes nos joies, à toutes nos fêtes, hélas, aussi à nos peines. Aussi, est-ce de grand cœur qu'aujourd'hui j'ai une pensée affectueuse spéciale pour lui.

Je remercie enfin M. le professeur agrégé Patel, chirurgien des hôpitaux, pour avoir bien voulu souvent me guider dans mes études et même dans ce travail, qui lui doit beaucoup.

La liste de ceux qui ont été bienveillants pour moi serait trop longue ..., mais que tous soient assurés que, s'ils ne trouvent place ici, ils ont une part de ma reconnaissance.

C'est avec plaisir que je me souviendrai toujours des années passées à l'internat des hôpitaux de Saint-Etienne, où règne une si grande cordialité.

Enfin, je dois un mot spécial à mon ami et collègue le D^r Mohamed Saleh qui a bien voulu mettre à ma disposition, pour la rédaction d'un chapitre de ce travail, ses connaissances anatomo-pathologiques.

DE LA TORSION
DES
PÉDICULES FIBRO-UTÉRINS
SOUS-SÉREUX
EN DEHORS DE LA GROSSESSE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les fibromes utérins peuvent se pédiculiser, leur pédicule peut se tordre. Tel est le sujet que nous nous sommes proposé de traiter.

Si la torsion des kystes de l'ovaire est un point de gynécologie bien connu, il n'en est pas de même de la torsion des fibromes utérins. Les grands traités de chirurgie ou de gynécologie sont, en effet, muets à ce sujet ou signalent juste cette complication des fibromes utérins comme possible, sans même s'arrêter et y consacrer quelques lignes.

Pourquoi, à la vérité? Sans doute à cause de la rareté de l'affection et du petit nombre de fois où le diagnostic aurait été posé? (deux ou trois fois sur une soixantaine de cas).

Nous ne croyons pas que la rareté d'une affection et

la difficulté d'en faire le diagnostic soient des raisons suffisantes pour la mettre au ban de la pathologie.

Aussi, au mois d'octobre dernier, M. le professeur agrégé Patel, chirurgien des hôpitaux, suppléant le professeur Pollosson dans son service de la Charité, ayant opéré un malade atteint d'un fibrome de l'utérus à pédicule tordu, il nous a paru intéressant de consacrer notre thèse inaugurale à l'étude de cette complication des fibromes.

Nous avons intitulé notre travail : *De la torsion des pédicules fibro-utérins sous-séreux*, éliminant ainsi de notre sujet, d'une part, la torsion des fibromes ayant entraîné la rotation axiale de l'utérus et où, en somme, l'utérus devient le pédicule du fibrome et, d'autre part, les fibromes interstitiels. Enfin, pour être plus précis dans notre sujet, nous avons laissé de côté les fibromes coïncidant avec la gravidité, la question ayant été traitée dans divers travaux d'auteurs précédents qui ont relaté les rapports entre les fibromes et la grossesse.

La torsion des tumeurs abdominales en général a été étudiée par ROKITANSKY en 1842. Mais, pour trouver quelques mots sur la question qui nous occupe, il faut aller jusqu'aux travaux de COPPIE, en 1874-1875.

Avant lui TIMES en 1861, VIRCHOW en 1863, KUSTER en 1873, avaient bien signalé des cas de torsion de fibromes, mais dans leurs observations il s'agit de tumeurs auxquelles l'utérus servait de pédicule.

Le premier travail d'ensemble sur la question de la torsion des pédicules fibro-utérins, est dû à VERCOUTRE (*Mémoire de Médecine, Chirurgie et Pharmacie mili-*

taires, t. XXXV, en 1879). Cet auteur, dans son mémoire sur les torsions des organes et des néoplasmes de l'abdomen, rapporte trois cas de torsion pédiculaire de fibromes sous-séreux : le premier, de COPPIE que nous venons de citer et deux autres inédits : l'un de KÖEBERLÉ, l'autre personnel.

Les observations deviennent ensuite assez nombreuses et successivement SCHROEDER, SKUTSCH, FRIDEL, PICK, IMBERT rapportent de nouveaux exemples de ces torsions.

En 1888, TERRILLON (*Société de Chirurgie*, 1888, p. 626) a, dans un article sur la torsion des kystes de l'ovaire, parlé quelque peu de la torsion des fibromes utérins et conclut en en faisant une complication assez bénigne!

ROUTIER en 1890 (*Annales de Gynécologie*, p. 161) signale simplement ces torsions comme survenant ordinairement au cours de la grossesse.

En 1891, paraît à Leyden la thèse de TIMMERS signalant deux nouveaux cas.

A Iéna, en 1893, paraît la thèse de GÜNTHER rapportant trois observations de torsion :

Une de VAN STIRSON, une de FRITSCH, une personnelle.

La même année HEURTEAUX rapporte un cas personnel assez bien étudié (*Gazette Médicale de Nantes*, 1893).

En 1896, la question fait un pas en avant : SCHWARTZ et MERMET communiquent à la Société d'Anatomie un cas très intéressant. Quelque temps après, DELAUNAY et PILLET apportent à la même Société une pièce venant du service de PEAN.

C'est alors, en 1897, que MACÉ, puis, quelques mois après, PLANQUE consacrent leur thèse inaugurale à ce sujet. Le premier fait un simple travail d'ensemble, sans rien apporter de nouveau ; le second cite 2 observations inédites, l'une de PEAN, l'autre de WALTHER et BOUISSON.

L'année d'après, 1898, SCHULTZE (*Zeitschrift für Geb. und Gynecol.*, 1898, t. XXXVIII, p. 157) publie une étude complète sur les torsions de l'utérus et donne 23 cas dans lesquels cette torsion est due à la présence de fibromes, mais ne signale aucun cas de torsion de pédicule.

Il faut aller ensuite jusqu'aux travaux de GUILLOT et LUYR pour trouver des torsions pédiculaires.

En 1899, ERSILIO-FERRONI étudie avec soin les causes anatomiques qui favorisent la torsion des fibromes.

En 1900, nous trouvons le premier cas (et le seul avec celui de Ferrand) où la torsion pédiculaire ait été diagnostiquée avant l'intervention (Schwartz, *Société d'Obstétrique*).

En 1903, paraît la thèse de BERNARD où sont signalés 3 cas nouveaux.

BOURSIER, en 1905, rapporte 2 nouvelles observations et essaye de tirer des déductions thérapeutiques. GOULLOUD, la même année, fait une communication très intéressante (*Lyon Médical*, 1905, p. 65).

En 1907, BERNIOLLE consacre sa thèse à l'étude de la torsion du pédicule et des fibromes sous-séreux (thèse de Paris, 1907), et BAS (thèse d'Iéna, 1907) étudie la torsion des fibromes en général.

KUTSNER, MEYER, OLSHIEUSEN consacrent plusieurs

articles à la question dans la *Gynécologie de Veit*.

BÉRARD, en 1908, rapporte un nouveau cas de torsion de fibrome, mais au cours de la grossesse.

En 1909, Patel et Perrin signalent à la *Société des Sciences médicales de Lyon* (17 novembre) un cas de torsion de fibrome avec ascite.

Enfin, la même année, paraît la thèse de LEMELAND, travail très sérieux sur la question et dans lequel l'auteur a essayé de synthétiser tout ce qui avait trait à la question de la torsion des fibromes en général.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Courty.)

Fibrome à pédicule tordu.

Ce n'est qu'une trouvaille d'autopsie.

OBSERVATION II

(Gambrie.)

Trouvaille d'autopsie.

Fibrome à pédicule tordu.

Pédicule long de plusieurs centimètres.

OBSERVATION III

(Vercoutre.)

Trouvaille d'autopsie.

Tumeur de la grosseur d'une noix, calcifiée, fixée à l'angle gauche de l'utérus.

Pédicule de trois centimètres, tordu de 1 tour de D. à G.

OBSERVATION IV

(Kœberlé, 1873.)

Femme de trente ans.

Diagnostic. — Tumeur se tordant sous l'influence des mouvements de la malade.

Opération. — Laparatomie.

On trouve un fibrome de l'angle gauche de l'utérus.

Myomectomie.

Guérison.

OBSERVATION V

(Lamarre, 1883.)

Diagnostic porté. — Occlusion intestinale.

Malade, âgée de cinquante-quatre ans, morte sans intervention.

Autopsie. — Fibrome de 1.100 grammes, ayant pédicule de la grosseur d'une plume et tordu de D. à G.

Adhérences péritonéales nombreuses.

OBSERVATION VI

(Van Sterson, dans thèse Günther.)

Femme de quarante ans, ayant fibrome sous-séreux pédiculé. Ce fibrome avait tourné autour de son axe une fois et demie.

OBSERVATION VII

(Fritsch, dans thèse Günther.)

Femme de quarante-six ans prise subitement de symptômes abdominaux graves.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire.

Opération. — Laparotomie.

On découvre myome sous-péritonéal gros comme une tête d'adulte, pédiculé, en voie de nécrose.

Pédicule tordu deux fois sur lui-même.

OBSERVATION VIII

(Imbert et Tédénat.)

Madeleine B..., quarante ans.

Douleur dans hypocondre droit, ventre gros ayant volume d'un utérus à terme.

Diagnostic. — Tumeur de l'utérus.

Opération. — On trouve fibrome, volume d'une tête d'adulte; torsion d' $1/4$ de tour G. à D.

Hystérectomie à pédicule externe.

Guérison.

OBSERVATION IX

(Günther.)

Femme de vingt-sept ans.

Avait remarqué que depuis trois ans son ventre grossissait. Subitement prise de douleurs vives.

Diagnostic. — Tumeur maligne avec ascite.

Opération. — Laparotomie.

Fibrome inséré sur corne droite de l'utérus.

Pédicule gros comme petit doigt.

Torsion : 1 tour.

Myomectomie.

Guérison.

OBSERVATION X

(Heurteaux.)

M^{lle} de M..., quarante-huit ans.

Quinze à seize crises en trois mois à époque variable, mais avec symptômes fixes : douleur dans hypocondre gauche, nausées, vomissements, constipation, dysurie, parfois fièvre.

Chaque fois on pratiquait injection de morphine.

Diagnostic. — Dernière crise dure cinq jours.

A l'examen, on diagnostique kyste de l'ovaire gauche à pédicule tordu.

Opération. — Laparotomie.

Tumeur grosse comme tête de fœtus à terme, insérée sur corne gauche de l'utérus par pédicule long de 5 centimètres et gros comme index, présentant 1 tour de torsion de D. à G.

Myomectomie.

Guérison.

OBSERVATION XI

(Walther et Bouisson.)

M^{me} X..., cinquante ans.

Tumeur abdominale depuis vingt-deux ans, pour

laquelle on a porté le diagnostic de kyste dermoïde de l'ovaire droit.

1^{er} mai 1896. — Crise violente, douleur dans abdomen, vomissements bilieux, puis porracés, pouls petit, pas de température.

Diagnostic. — On pense à appendicite, mais malade se rappelant du diagnostic porté antérieurement, parle de kyste de l'ovaire; on pense à kyste de l'ovaire tordu.

Opération. — Fibrome de l'utérus ayant pédicule de 3 cm. 5 de long, gros comme index, tordu de 1 tour de G. à D.

Myomectomie.

Guérison.

OBSERVATION XII

(Schwartz et Mermet.)

Pauline B..., quarante-six ans.

Troubles menstruels et intestinaux (tympanisme, alternative de constipation et de diarrhée), dus probablement à compression de S iliaque.

Diagnostic. — Fibrome douloureux avec phénomènes de compression.

Opération. — Laparotomie.

Fibrome inséré sur corne gauche d'utérus, ayant pédicule de 2 centimètres, du volume du petit doigt, tordu de 3/4 de tour de G. à D., utérus fibromateux.

Myomectomie et castration tubo-ovarienné.

Guérison.

OBSERVATION XIII
(Delaunay et Pillet.)

M^{me} G. J..., quarante-quatre ans.

Depuis deux ans, douleurs abdominales sans localisation bien spéciale, surtout accentuées au moment des règles.

Il y a vingt jours, sans cause appréciable, la malade est prise de violentes douleurs dans fosse iliaque droite, vomissements, ballonnement de ventre, fièvre.

Diagnostic. — Fibrome et pyosalpinx.

Opération. — On trouve tumeur sur corne droite d'utérus, reliée par pédicule de 1 cm. 5, tordu de $3\frac{1}{4}$ de tour de G. à D.

Myomectomie.

Guérison.

OBSERVATION XIV
(Péan.)

Diagnostic porté. — Fibrome.

Opération. — Laparotomie.

On trouve fibrome inséré près du fond de l'utérus, ayant pédicule tordu de G. à D.

Hystérectomie.

Guérison.

OBSERVATION XV
(Braun von Fernwald.)

Myome de la grosseur d'une tête d'adulte, rattaché au fond de l'utérus par pédicule tordu de 3 tours.

Myomectomie.

Guérison.

OBSERVATION XVI

(James Tyson.)

Femme de trente-six ans, morte de péritonite.

Autopsie. — Myome à pédicule tordu, inséré sur corne droite d'utérus..

OBSERVATION XVII

(Martin, 1897.)

Femme vierge de trente-neuf ans.

Diagnostic. — D'abord hématocele, puis tumeur utérine.

Opération. — Fibrome à pédicule tordu, adhérences multiples et résistantes.

Myomectomie, puis hystérectomie à pédicule externe.

Guérison.

OBSERVATION XVIII

(Walther-Guillot, *Société Anatomique*, 1898.)

Fibrome sous-séreux pédiculé de l'utérus. Torsion de G. à D., pédicule court et mince, apoplexie de la tumeur, pas d'accidents aigus.

Myomectomie.

Guérison.

OBSERVATION XIX

(Luys.)

Diagnostic. — Occlusion intestinale, mort sans qu'on ait pu intervenir.

Autopsie. — Fibrome à pédicule tordu.

OBSERVATION XX

(Tuffier.)

Diagnostic. — Phénomènes d'occlusion intestinale.

Opération. — Fibrome sphacélé inséré sur corne droite, pédicule tordu.

Hystérectomie.

Guérison.

OBSERVATION XXI

(Aspell.)

Fibrome libre dans la cavité abdominale. Pédicule rompu avec traces très nettes de torsion sur le pédicule.

Ce fibrome se nourrissait au moyen d'adhérences avec l'épiploon.

OBSERVATION XXII

(Ferroni, 1898.)

Fibrome à pédicule grêle inséré sur corne gauche de l'utérus.

Torsion de 180 degrés de gauche à droite.

Utérus fibromateux.

Myomectomie.

Guérison.

OBSERVATION XXIII

(Ferroni, 1898.)

Fibrome à pédicule de 1 centimètre, torsion de 180 degrés et de gauche à droite.

Diagnostic porté. — Fibromes multiples (?)

Hystérectomie subtotale.

Guérison.

OBSERVATION XXIV

(Kelly.)

Fibrome dégénéré avec poches hématiques et séreuses. Pédicule inséré sur corne droite, torsion de 2 tours et de gauche à droite.

Diagnostic. — Tumeur interne.

Myomectomie.

Guérison.

OBSERVATION XXV

(Briggs.)

Cité par Steinbuckel (*North of England obst. and Gyn. Society*).

Fibrome utérin sous-péritonéal à pédicule tordu et étranglé.

OBSERVATION XXVI

(Gift.)

Cité par Steinbuckel, dans thèse de Munchen.

Torsion pédiculaire d'un gros myome sous-séreux de l'utérus.

OBSERVATION XXVII

(Schwartz.)

Diagnostic. — Fibrome sous-péritonéal à pédicule tordu.

Opération. — Fibrome à pédicule de 1 centimètre inséré sur angle droit. Torsion de 1 tour 1/2 de gauche à droite.

Hystérectomie.

Guérison.

OBSERVATION XXVIII

(Lyonne et Milanoff.)

Diagnostic. — Occlusion intestinale.

Morte sans opération.

Autopsie. — Fibrome corne gauche ayant pédicule de 3 centimètres.

Torsion de 2 tours 1/2 et de G. à D.

OBSERVATION XXIX

(Villard.)

Diagnostic. — Appendicite. Il y avait un plastron péritonéal dissimulant la tumeur.

Opération ?

OBSERVATION XXX

(Vallas.)

Diagnostic. — Grossesse tubaire rompue, inondation péritonéale.

Opération. — Fibrome tordu de 1 tour 1/2.

Myomectomie.

Guérison.

OBSERVATION XXXI

(Amann.)

Diagnostic. — Fibrome utérin avec réaction péritonéale.

Opération. — Gros fibrome tordu.

Myomectomie.

Guérison.

OBSERVATION XXXII

(Martin, Christoffer.)

Diagnostic. — Fibrome tordu.

Opération. — Fibrome à pédicule long de 4 centimètres tordu de 3 tours et de G. à D.

Myomectomie.

Guérison.

OBSERVATION XXXIII

(Pollosson et Durand.)

Diagnostic. — Fibrome compliqué et nécessitant intervention immédiate.

Opération. — Fibrome de 4 kilogrammes rattaché à la corne gauche par un pédicule de 15 centimètres, tordu quatre fois sur lui-même et de G. à D.

Hystérectomie à pédicule externe.

Guérison.

OBSERVATION XXXIV

(Vincent.)

Cite à la Société de Chirurgie de Lyon, 1902, trois cas de torsion avec état gangreneux des fibromes.

OBSERVATION XXXV

(Wiart et Darré.)

Diagnostic. — Fibrome utérin avec réaction péritonéale.

Opération. — Fibrome inséré sur corne gauche à la face postérieure ; pédicule tordu de 1 tour et de G. à D.

OBSERVATION XXXVI

(Ferrand.)

Diagnostic. — Fibrome à pédicule tordu.

Opération. — Fibrome volumineux (deux têtes de fœtus) inséré sur corne gauche par pédicule de 10 centimètres.

Torsion de 7 tours et de G. à D.

Myomectomie.

Guérison.

OBSERVATION XXXVII

(Weinberg, 1904.)

Diagnostic. — Péritonite.

Opération. — Tumeur gangrénée insérée sur corne droite par pédicule de 2 cm. 5, tordu de un tour de D. à G.

Hystérectomie.

Guérison.

OBSERVATION XXXVIII
(Frigyesi.)

Cité par Steinbuckel : un cas de fibrome sous-séreux à pédicule tordu.

OBSERVATION XXXIX
(Lanwers.)

Cité par Bas (*in Brit. Gyn. Journal*, février 1904).
Torsion du pédicule d'un fibrome.

OBSERVATION XL
(Steinbuckel.)

Diagnostic. — Rupture de grossesse extra-utérine.
Opération. — Fibrome pédiculé.
Hystérectomie subtotale.
Guérison.

OBSERVATION XLI
(Peterson.)

Diagnostic. — Fibrome utérin.
Opération. — Fibrome pédiculé inséré sur corne droite. Torsion 1 tour 1/2.
Hystérectomie subtotale.
Guérison.

OBSERVATION XLII

(Jacobs.)

Diagnostic. — Néant.

Opération. — Fibrome nécrosé à pédicule tordu.

Hystérectomie.

Guérison.

OBSERVATION XLIII

(David.)

Diagnostic. — Phénomènes péritonéaux.

Opération. — Fibrome à pédicule inséré sur face postérieure.

Torsion de gauche à droite de 180 degrés.

Hystérectomie.

Guérison.

OBSERVATION XLIV

(Olshausen.)

Diagnostic. — Fibrome utérin prolabé dans le Douglas.

Opération. — Fibrome pédiculé inséré sur côté gauche. Torsion de 180 degrés.

Myomectomie.

Guérison.

OBSERVATION XLV

(Boursier, 1901.)

Diagnostic. — Kyste dermoïde enflammé adhérent à l'utérus ou bien fibrome.

Opération. — Fibrome à pédicule de 2 centimètres, tordu de 1 tour.

Myomectomie.

Guérison.

OBSERVATION XLVI

(Boursier.)

Diagnostic. — Fibrome interstitiel inclus dans le ligament large.

Opération. — Fibrome à pédicule étroit inséré suivant corne gauche.

Torsion de $1/2$ tour de droite à gauche.

Myomectomie.

Guérison.

OBSERVATION XLVII

(Bérard et Laurent.)

Diagnostic. — Kyste ou fibrome tordu.

Opération. — Fibrome pédiculé au dessus de corne droite commençant à se nécrobioser.

Torsion $1/2$ tour.

Hystérectomie subtotal.

Guérison.

OBSERVATION XLVIII

(Gayet et Adler.)

Diagnostic. — Utérus fibromateux avec kyste tordu.

Opération. — Gros fibrome interne avec quelques

petits fibromes dont un tordu avec commencement de sphacèle.

Hystérectomie subtotale.

Guérison.

OBSERVATION XLIX

(Fercy Paton.)

Diagnostic. — Occlusion intestinale.

Opération. — Laparotomie exploratrice, on trouve tumeur fibreuse libre séparée par torsion de son pédicule de l'utérus.

Mort.

OBSERVATION L

(Pozzi.)

Signale deux cas.

Diagnostic. — Néant.

Opération. — Fibrome à pédicule tordu.

Myomectomie.

Guérison.

OBSERVATION LI

(Campenon.)

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Opération. — Fibrome volumineux (tête d'adulte), pédicule de 2 centimètres inséré sur corne gauche. Torsion d'1 1/2 tour de G. à D.

Hystérectomie subtotale.

Guérison.

OBSERVATION LII

(Campenon)

Diagnostic. — Fibrome avec poussée congestive et salpyngite.

Opération. — Fibrome implanté sur corne droite par gros pédicule. Torsion de G. à D. de 180 degrés.

Hystérectomie subtotale.

Guérison.

OBSERVATION LIII

(Quénu.)

Diagnostic. — Fibromes multiples de l'utérus.

Opération. — Fibrome pédiculé inséré sur angle droit, pédicule de 2 cm. 5, tordu de G. à D. de 180 degrés.

Hystérectomie subtotale.

Résultat?

OBSERVATION LIV

(Piquand.)

Diagnostic. — Fibrome utérin probablement pédiculé.

Opération. — Fibrome pédiculé, corne gauche, pédicule de 3 centimètres tordu de 180 degrés de G. à D.

Myomectomie.

Guérison.

OBSERVATION LV

(Pillet.)

Diagnostic. — Appendicite ou kyste de l'ovaire tordu.

Opération. — Fibrome pédiculé angle droit, torsion de 90 degrés de G. à D.

OBSERVATION LVI

(Tixier et Maire.)

Société des Sciences médicales, 18 novembre 1908.)

Malade âgée de quarante-sept ans chez laquelle on ne trouve aucun passé génital, ni accouchement, ni fausse couche. Depuis dix ans elle voit son abdomen grossir. Dans ce long intervalle de temps, elle n'a eu que deux ou trois crises douloureuses sans autre phénomène fonctionnel de fibrome, sans modification des règles. Malgré le volume de la tumeur, elle n'a présenté que des troubles urinaires insignifiants et pas d'œdème des membres inférieurs.

L'examen fait à son entrée à l'Hôpital, révèle la présence d'une grosse tumeur remplissant tout l'abdomen, qui proémine en avant; tumeur lisse et unie donnant une sensation de résistance et simulant absolument un kyste de l'ovaire.

17 novembre 1908. — Laparotomie sous-ombilicale médiane. On trouve un énorme fibrome, mou, tordu sur son pédicule et inséré sur le fond utérin. On le

tire en dehors de l'abdomen et on fait hystérectomie sub-totale.

La tumeur, du poids de 4 kg. 500, est molle, pseudo-fluctuante et par suite de la gêne circulatoire, du fait de la torsion du pédicule, a subi avec de l'œdème, la transformation hystique, et où l'on voit ça et là, sur les coupes du tissu, des cavités qui sont des dilatations vasculaires.

OBSERVATION LVII (personnelle).

(due à M. le professeur agrégé Patel)

Fibrome utérin sous-péritonéal tordu. — Tumeur à pédicule court inséré sur la corne droite de l'utérus du poids de 3 kg. 450. — Hystérectomie totale. — Guérison. — Tumeur ayant subi la dégénérescence calcaire.

Mme M..., cinquante-quatre ans, entre à l'hospice de la Charité, salle Sainte-Thérèse, le 20 octobre 1911, service du professeur Aug. Pollosson, suppléé par M. le professeur agrégé Patel, chirurgien des hôpitaux.

La malade raconte que, six jours auparavant, exactement le 14 octobre 1911, dans le milieu de la journée, alors qu'elle était occupée à son travail de ménage, elle ressentit brusquement une très vive douleur dans l'abdomen. Elle fut obligée de s'aliter et fut prise immédiatement de vomissements. La douleur et les vomissements ne cessant pas, la température s'élevant (elle était de 39 degrés la veille de l'entrée), la malade fut dirigée sur l'hôpital de la Charité.

Son histoire antérieure est nulle ; elle n'a jamais été malade, pas d'enfants, pas de fausse couche. Les règles ont toujours été régulières, peu abondantes ; elles ont cessé sans incidents depuis deux ans. La malade s'apercevait seulement qu'elle prenait un peu d'embonpoint ; elle croyait à un phénomène normal et n'éprouvait aucun trouble pathologique.

A l'entrée, son état, sans être très grave, ne laisse pas de présenter quelque inquiétude. La douleur existe toujours, moins aiguë, moins localisée peut-être, mais suffisamment accentuée pour empêcher la malade de dormir et de marcher. Les vomissements persistent, fréquents, alimentaires ; il n'y a pas eu de vraie débâcle intestinale. Le pouls est bon, plein. La température oscille entre 38°3 et 38°5.

A l'examen de l'abdomen, on constate immédiatement une tuméfaction énorme qui dépasse l'ombilic ; elle est médiane, très dure. Le toucher vaginal montre qu'elle est solidaire de l'utérus ; il s'agit manifestement d'un fibrome utérin dont l'existence n'avait jamais été révélée à la malade par quelque trouble que ce soit. Cherchant les relations qui pouvaient exister entre l'état général actuel et le fibrome utérin, on acquiert la notion qu'elles étaient difficiles à préciser exactement. Le fibrome n'était pas très douloureux, aucune perte anormale, aucune tuméfaction latérale. C'est avec le diagnostic peu précis de fibrome compliqué de salpingite (?) que l'intervention fut décidée.

Opération (23 octobre 1911). — Incision sous-ombilicale médiane. Après ouverture du péritoine, la tumeur utérine se présente noirâtre, congestionnée à la

périphérie. Le grand épiploon et quelques anses intestinales lui adhèrent faiblement; leur libération se fait sans peine. La tumeur est extériorisée et l'on se rend compte aussitôt qu'il s'agit d'un fibrome utérin volumineux inséré sur la corne droite par un pédicule court et très épais. La tumeur est tordue sur son axe au niveau du pédicule. La torsion s'est effectuée suivant le sens des aiguilles d'une montre; il y a plus d'un tour complet de torsion. Aucune lésion annexielle; l'utérus est volumineux; aucun noyau fibromateux n'est aperçu à sa surface. Dans le but de faire une intervention conservatrice en raison de l'état général de la malade, le pédicule est sectionné au niveau de l'utérus que l'on entame de façon à créer deux petits lambeaux faciles à réunir. L'hémorragie, à ce moment, est considérable et se fait par trois ou quatre troncs artériels volumineux. La suture avec du catgut coupe le tissu utérin oedémateux et congestionné en cette région. Voyant que l'hémostase sera assurée difficilement et peut-être même incomplètement, une hystérectomie totale est décidée; elle est exécutée par l'ouverture du cul-de-sac antérieur (procédé de Richelot). Péritonisation classique. Suture de la paroi en trois plans.

Les suites opératoires ont été simples; la température s'est élevée à 39 degrés les trois premiers jours. A partir du 27 octobre 1911, elle s'est abaissée régulièrement. Le 6 novembre, la malade a fait une légère poussée de bronchite et s'est plainte en même temps d'une douleur dans la jambe droite.

Elle est sortie de la Charité le 5 décembre.

Son état actuel est des plus satisfaisants.

EXAMEN DE LA PIÈCE.

L'utérus et les annexes ne présentent aucune lésion macroscopique. La tumeur enlevée pèse 3 kg. 450 ; elle est arrondie assez régulièrement, sa surface extérieure est faiblement bosselée. Sur la moitié supérieure, on remarque des infiltrations hémorragiques des plus nettes se traduisant par des taches noires et étroites. La moitié inférieure est blanche et tranche sur la coloration de la zone sus-jacente (voir figure page 39). La consistance de la tumeur est remarquablement dure et son poids élevé contraste avec son volume. Aucun point ramolli. Le pédicule mesure environ 3 centimètres de hauteur et presque autant de largeur, il conserve le sens de la torsion. Aucun indice de sphacèle, aucun point ramolli à son intérieur pouvant laisser supposer qu'il était sur le point de se détacher.

A la coupe (voir figure page 41), la tumeur est extrêmement dure, surtout dans sa moitié inférieure où le contenu rencontre une résistance presque osseuse. On se rend compte qu'elle est formée de deux parties : la moitié supérieure noire avec infiltrations hémorragiques nombreuses ; la moitié inférieure très dure, ligneuse, avec dégénérescence calcaire évidente. Aucune masse colloïde à l'intérieur ; pas de points sphacelés ou suppurés.





CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

S'il est un chapitre obscur dans la torsion du pédicule des fibromes utérins, c'est bien assurément celui de l'étiologie et de la pathogénie. Toutefois, nous allons essayer de montrer que, pour qu'un fibrome se torde, il faut tout d'abord certaines conditions anatomiques indispensables et, enfin, nous étudierons les divers facteurs qui interviennent pour favoriser cette torsion.

I. — CONDITIONS ANATOMIQUES

- 1° Du côté du pédicule ;
- 2° Du côté du fibrome ;
- 3° Du côté de l'insertion utérine.

1° Du côté du pédicule.

Si la torsion des kystes de l'ovaire est un accident commun, celle des fibromes utérins nous semble extrêmement rare. Tous les auteurs sont, en effet, muets à ce sujet ou en parlent comme d'un fait exceptionnel. Seul Piquand, dans une statistique qu'il a établie et portant sur 9.000 cas de fibromes, en rapporte 23 observations. C'est qu'en effet, pour qu'un fibrome

puisse se tordre, il faut qu'il ait un pédicule; or, ce qui est constant pour le kyste ovarien, est en somme rare pour le fibrome qui, souvent, forme corps avec l'utérus.

Les dimensions de ce pédicule sont, en outre, extrêmement importantes. Quelques auteurs rapportent bien des cas où le pédicule était assez mince et grêle : petit doigt (Ferroni, observation de Günther, Mermet); mais en général, il est gros : trois doigts (Tédénat, Imbert); quatre doigts dans l'observation de Patel que nous rapportons ici. Il semble également que ce pédicule est habituellement court puisqu'on ne trouve que quatre cas où il dépassait 5 centimètres :

15 centimètres, Pollosson et Durand ;

10 centimètres, Ferrand ;

7 centimètres et demi, Martin-Christoffer ;

6 centimètres, Heurteaux.

Dans quelques observations, il est signalé comme mesurant 4 centimètres et demi ou 5 centimètres : Peterson, Picquand, Campenon, Timmers, Kellys ; mais en général, il ne mesure que 2 ou 3 centimètres : Vercoutre, Lyonne, Milanoffi, Walter, Stembuckel, Ferroni, Courty, Gambry, Martin, Patel.

C'est, qu'en effet, un fibrome pédiculé ne peut se tordre qu'à la condition essentielle de rester mobile et pour cela il est nécessaire qu'il reste dans un plan supérieur à l'utérus. Or, le plus souvent, le fibrome pédiculé, s'il est muni d'un pédicule long et grêle, suivra les lois de la pesanteur et tombera, s'enclavera dans un cul-de-sac, le plus ordinairement celui de Douglas.

Ainsi donc, pédicule court et gros, telles nous semblent les premières conditions anatomiques pour la torsion des fibromes.

2° Du côté du fibrome.

D'après les classiques, une tumeur se tord d'autant plus facilement qu'elle est plus lourde et plus petite. La première partie de cette proposition paraît assez exacte, mais la seconde se trouve presque toujours fausse.

Dans la plupart des observations en effet, nous trouvons des tumeurs **LOURDES** :

5 kilogrammes (Walter).

4 kg. 93 (Pollosson, Durand) ;

3 kg. 500 (Schwartz) ;

3 kg. 450 (Patel).

3 kg. 250 (Homeh, Routier) ;

3 kilogrammes (Ferroni).

Mais en général **VOLUMINEUSES** :

Tête d'adulte (Wiart, Campenon) :

Tête d'enfant (Martin-Christoffer ; Campenon, Patel).

La forme de fibrome le plus souvent signalée dans les cas de torsion est celle d'un ovoïde à grosse extrémité supérieure ou celle d'un rein à face supérieure convexe libre et à face inférieure concave moulée sur l'utérus. D'après Lemeland (thèse de Paris 1909), cette dernière forme serait celle que l'on rencontrerait dans les pédicules tordus courts et gros !

Dans les cas de fibromes à formes irrégulières, à

bosselures multiples, les cas de torsion paraissent exceptionnels, ce qui s'explique fort bien, chaque bosselure formant une espèce de cran d'arrêt entravant la torsion.

L'insertion pédiculaire du col du fibrome est assez régulière. Dans les tumeurs à forme ovoïde, c'est sur la petite extrémité que se fait cette insertion. Dans les tumeurs à forme de rein, elle se fait sur la face concave.

Mais il est un point important à noter, c'est que jamais cette insertion n'est centrale, c'est-à-dire ne passe par l'axe médian de la tumeur; elle est toujours un peu latérale et peut-être faut-il voir là, à cette insertion qui divise la tumeur en deux parties inégales, une cause de torsion, la partie la plus volumineuse agissant à la façon d'un bras de levier pour entraîner la tumeur dans un sens de rotation.

3° Du côté de l'insertion utérine.

Si les caractères propres du pédicule et du fibrome ont une grande influence pour la production de la torsion, la position de ce pédicule, son point d'implantation sur l'utérus joue, on le conçoit, un rôle important. Nous laisserons de côté les fibromes pédiculés qui, au lieu de produire uniquement des accidents de torsion du pédicule, entraînent une rotation axiale de l'utérus, car leur insertion est particulière. « Sur 15 cas de torsion axiale de l'utérus, dit Ersilio Ferroni, le pédicule est inséré 9 fois sur la partie moyenne du

fond, 3 fois sur la face antérieure, 3 fois sur la face postérieure. »

Dans les cas de torsion du pédicule, le lieu seul d'implantation du pédicule est presque toujours une extrémité latéro-supérieure de l'utérus, généralement au voisinage d'une des cornes.

On peut donc conclure, d'une façon générale, qu'un fibrome subissant le phénomène de la torsion déterminera la rotation axiale de l'utérus s'il a une insertion médiane au voisinage du fond, mais que le pédicule seul se tordra si l'insertion a lieu au voisinage d'une corne. On comprend, en effet, qu'ainsi le fibrome, sorti du plan médian, se trouve placé dans des conditions analogues à celles du kyste de l'ovaire et qu'ainsi il est prêt à obéir aux diverses influences qui peuvent intervenir pour produire cette torsion.

II. — PATHOGÉNIE DE LA TORSION

La **grossesse** serait, d'après les auteurs, une des principales causes de torsion. Nous n'insisterons pas trop sur ce point, puisque nous nous sommes proposé, dans ce travail, l'étude de la torsion des fibromes en dehors de la grossesse.

Disons, cependant, que nous ne sommes point de l'avis des auteurs précédents considérant uniquement l'action de la grossesse dans la torsion au point de vue mécanique : double mouvement d'ascension du fibrome pendant la grossesse et redescente après l'accouchement ; relâchement de la paroi abdominale.

Pour nous, la grossesse est évidemment un facteur

important de la torsion, mais qui intervient de la façon suivante : tout d'abord, l'utérus refoule en haut le fibrome, qui, ainsi, prend contact plus intime avec l'intestin (spécialement le côlon transverse) et contracte avec ce dernier des adhérences favorisées par la congestion du fibrome lui-même au cours de la gravidité. C'est par ces adhérences que le fibrome subira facilement l'entraînement produit par les mouvements péristaltiques de l'intestin.

L'**ascite** (Kœberlé et Kidd) peut également intervenir, et cela, il nous semble, d'une façon très simple : tout d'abord, en donnant une plus grande mobilité au fibrome, et ensuite en relâchant la sangle abdominale. C'est ainsi que le fibrome rendu plus mobile dans une cavité plus grande pourra facilement se tordre (observation de Patel et Perrin, *Société des Sciences médicales*, 17 novembre 1909).

Les **causes mécaniques** invoquées nous paraissent de peu d'importance. On comprend difficilement, en effet, un fibrome se tordant sous l'influence de mouvements brusques de la malade ou d'examens médicaux pratiqués dans la position genu-pectorale ou de Trendelenbourg, ou de recherches provoquant le ballottement de la tumeur.

Cependant, Kœberlé cite une observation assez curieuse : chez une malade âgée de trente ans, atteinte depuis cinq ans d'un fibrome, une pression latérale sur l'abdomen ou même le simple décubitus latéral déterminait une torsion passagère avec douleurs intenses,

Ces phénomènes douloureux disparaissaient aussitôt que la tumeur avait repris sa place. Pour quelque bizarre que soit cette observation, vu l'autorité de Kœberlé, nous l'accepterons.

Accouchement à l'envers (théorie de Catalani). — Cette théorie est évidemment très ingénieuse. De même que le fœtus passant du détroit supérieur dans l'excavation passe de la position oblique en position antéro-postérieure; de même, a-t-on prétendu, une tumeur passant de l'excavation dans l'abdomen à travers le détroit supérieur subira une rotation analogue.

Sans vouloir rejeter complètement cet argument, qui, nous le répétons, est fort ingénieux, il nous est permis, cependant, de nous demander comment cette théorie, qui, à la rigueur, peut expliquer une torsion d'un huitième de tour (rotation accomplie par le fœtus lui-même), expliquera une torsion assez considérable : 2, 3 et même 7 tours (Pollosson et Durand).

L'accroissement inégal de la tumeur est un facteur beaucoup plus important. Nous avons déjà dit, en étudiant l'insertion du pédicule sur la tumeur, que cette insertion n'est jamais centrale et passe toujours en dehors du plan médian de la tumeur. Ainsi la tumeur divisée en deux parties inégales se tordra d'autant plus facilement que la partie la plus grosse agira à la façon d'un bras de levier pour l'entraîner (théorie de Piccini).

Théorie personnelle. — Pour nous, toutes les

causes signalées comme produisant la torsion du pédicule peuvent exister, existent en réalité, mais elles ne sont que des *causes prédisposantes*, adjuvantes, favorisantes. Les vraies *causes déterminantes* sont au nombre de deux :

Les adhérences de la tumeur avec l'intestin ;

Les mouvements péristaltiques de ce dernier.

Ceci explique en effet fort bien les poussées successives de torsion correspondant chacune à des adhérences successives qui, de plus en plus, accentuent la torsion.

Cette théorie rend aussi parfaitement compte de ce fait que le nombre de tours de spires du pédicule sera variable et d'autant plus grand que le pédicule sera plus long (7 tours de spires pour un pédicule de 10 centimètres, observation de Ferrand).

Nous nous expliquons. Supposons un pédicule de 3 à 4 centimètres (ce qui, d'après les observations, est la majorité des cas) : le fibrome contracte des premières adhérences et commence à se tordre. A ce moment peuvent apparaître quelques symptômes de torsion, mais la torsion n'est pas suffisante et la circulation n'a été qu'incomplètement ou passagèrement interrompue, et tout rentrera dans l'ordre jusqu'à une autre poussée. Ainsi, au bout de quelques crises, le pédicule est complètement tordu : alors éclatent les symptômes abdominaux et péritonéaux de torsion définitive.

Enfin cette interprétation donne l'explication de la torsion du fibrome s'effectuant le plus habituellement de gauche à droite, dans le sens des mouvements péristaltiques de l'intestin.

Concluons donc en disant : Un fibrome dont le pédicule se tord est un fibrome s'insérant sur la corne de l'utérus. La grossesse, l'ascite, des causes mécaniques diverses peuvent *favoriser* cette torsion ; mais les causes *déterminantes*, ce sont, d'une part, les adhérences même légères avec l'intestin et, d'autre part, les mouvements péristaltiques de ce dernier.

CHAPITRE IV

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES¹

Maintenant que nous connaissons les causes prédisposantes et les causes déterminantes de la torsion du pédicule des fibromes utérins, nous allons étudier cette torsion au point de vue de son sens, de son degré, de sa fixité ; puis nous verrons les lésions qu'elle produit soit dans le pédicule lui-même, soit du côté du fibrome, soit du côté de l'utérus et des annexes, soit enfin du côté des organes pelviens et du péritoine.

I. — DU PÉDICULE

1^o Sens de la torsion.

Goodsir avait formulé pour les kystes de l'ovaire une loi qui semble trouver son application ici : « La torsion des kystes de l'ovaire, disait-il, se fait généralement de gauche à droite, dans le sens des aiguilles d'une montre ». Mais cette loi, quoique assez générale, n'est pas absolue malgré les affirmations de certains auteurs (Berniolle), car nous trouvons six cas de torsion

¹ Nous nous sommes inspiré, pour la rédaction de ce chapitre, des idées de Cornil exprimées dans le travail de Lemeland.

en sens inverse, de droite à gauche (Heurteaux, Vercontre, Lamarre, Boursier, Bantock et Weinterg).

C'est probablement la remarque judicieuse que, dans les cas signalés comme ayant leur sens de torsion de droite à gauche, l'insertion pédiculaire avait lieu sur le côté gauche de l'utérus, qui avait conduit Lawson-Taït à formuler : « La torsion des tumeurs pelviennes se fait ordinairement non pas de gauche à droite, mais de dedans en dehors. » Ainsi les tumeurs situées à droite de la ligne médiane subiraient une torsion de gauche à droite, tandis que celles à gauche du plan médian se tordraient de droite à gauche. Mais cette loi n'est pas plus juste que celle de Goodsir. En étudiant tous les cas de torsion des pédicules fibro-utérins, on trouve 29 cas où le pédicule est inséré à l'angle gauche de l'utérus et dans 23 cas la torsion s'est faite de gauche à droite.

En somme il faut conclure que la torsion n'obéit à aucune règle. Elle dépend d'abord de la situation réciproque et du centre de gravité du fibrome et du point d'implantation du pédicule ; enfin, du sens et du point d'application de la poussée qui fait pivoter la tumeur. Et si la généralité des tumeurs se tordent de gauche à droite, c'est dû aux mouvements de l'intestin qui, nous l'avons montré, sont le facteur important du mécanisme de la torsion.

2° Degré de la torsion.

Ici encore, rien d'absolu. En général, elle est d'autant

plus accentuée que le pédicule est plus long et moins épais.

Le fait ultime possible de cette torsion est, on le conçoit, la rupture du pédicule. VERCOUTRE signale un cas de fibrome entièrement calcifié qui fut trouvé à l'autopsie complètement détaché de l'angle gauche de l'utérus au niveau du pédicule qui portait encore des traces de torsion.

FERCY-PATON, à l'autopsie d'une femme morte d'obstruction intestinale, trouva un fibrome à pédicule nettement tordu et complètement sectionné. La tumeur se nourrissait au moyen d'adhérences contractées avec l'intestin et l'épiploon.

Quant à tous les autres cas de fibromes aberrants signalés par CASSABOIS (thèse Lyon, 1889 : *Des fibromes utérins aberrants de la cavité abdominale*), par PETERSON (*Amer. Gyn. Soc.*, 1905), par Cuellen (*id.*) et d'autres auteurs, nous ne pouvons affirmer, faute de renseignements, s'il s'agit de tumeurs à pédicule rompu par torsion.

3° Fixité de la torsion.

Rien n'est plus variable, on le conçoit, que le degré de fixité que peut présenter le pédicule. Si le degré de torsion est faible, si les adhérences contractées sont insignifiantes et que la torsion soit simplement maintenue par la pression des organes voisins, il suffira d'une modification de la tension intra-abdominale pour que la torsion se défasse, parfois d'elle-même, témoin le cas de KOEBERLÉ et DUHRSEN. Que des adhé-

rences solides fixent le pédicule, il faut alors développer une grande force pour corriger la torsion ; on n'y parvient parfois qu'au prix de rompre le pédicule comme dans un cas de FERRONI.

4° Lésions du pédicule.

Le pédicule, qui peut être de forme et de dimensions très variables (faits qui favorisent ou même déterminent, comme nous l'avons vu, sa torsion) est le plus souvent inséré sur l'une des deux cornes utérines tantôt en avant, tantôt en arrière, mais en général latéralement.

Considéré au point de vue anatomique, il est constitué normalement d'une enveloppe péritonéale engainant un prolongement du tissu musculaire de l'utérus avec des nerfs et des vaisseaux de dimensions variables.

Avant de décrire ses lésions histologiques, mentionnons d'abord la rupture possible du pédicule. Une torsion poussée, en effet, à son terme ultime, combinée ou non à un certain degré d'étirement, peut partiellement (un cas de VERCOUTRE) ou totalement (fait de FERCY-PATON) avoir raison d'un pédicule que les altérations histologiques ont rendu fragile.

Celles-ci sont à étudier au niveau des différents éléments constituant le pédicule.

Le REVÊTEMENT ENDOTHÉLIAL du péritoine au niveau du point de torsion disparaît plus ou moins complètement. S'agit-il d'une torsion lente, il peut se former des adhérences (parfois assez solides pour la

maintenir fortement), qui unissent les parties du pédicule situées au-dessus et au-dessous du point de torsion.

Les ALTÉRATIONS VASCULAIRES sont importantes à noter. Elles commandent l'évolution anatomique (en la plus grande partie, pour le moins) des lésions que nous trouverons tout à l'heure au niveau du myome.

Remarquons tout d'abord que les *artères* occupent volontiers le centre du pédicule. Aussi subissent-elles moins que les veines plus superficielles la forte obliquité et le mouvement hélicoïdal imprimés par la torsion. Que ce soit en raison de cette disposition plus ou moins centrale ou de leur propre structure qui les rend moins vulnérables, il est certain que les artères du pédicule demeurent longtemps indemnes ou peu s'en faut. Leurs altérations, bien moins constantes, sont le plus souvent minimales et l'endarterite qui les caractérise, avec infiltration embryonnaire, épaississement de la tunique interne et réduction parallèle de la lumière vasculaire, est rarement oblitérante.

Par contre, les lésions *veineuses* sont constantes, le plus souvent assez accusées même avec une torsion peu considérable. Aussi s'imposeront-elles à notre attention comme elles sont de beaucoup les plus importantes.

Déjà avec une légère torsion elles sont fortement dilatées, et leurs parois plus ou moins épaissies sont le siège d'une endophlébite plus ou moins avancée pouvant aller jusqu'à l'oblitération totale de la lumière par le processus bien connu de la thrombose. Ces altérations débutent ordinairement par les grosses veines

et sont naturellement d'autant plus accusées que les veines sont plus périphériques et que le degré de torsion est plus considérable.

Y a-t-il maintenant des lésions des *vaisseaux lymphatiques*? Ces lésions sont trop mal connues encore à la vérité pour se prononcer. Peut-être y a-t-il un peu de dilatation de ces vaisseaux à en juger par ces sortes de lacunes tapissées par un simple revêtement endothélial et renfermant des leucocytes, lacunes vues et décrites par Lemeland (*loc. cit.*, p. 36).

QUANT AUX NERFS, leurs lésions pourtant certaines *a priori* n'ont pu être déterminées.

La MASSE FIBRO-MUSCULAIRE, constituant pour ainsi dire le squelette du pédicule, ne peut rester indemne, on le conçoit, à la suite de la torsion, au milieu des lésions vasculaires que nous venons de voir. Raréfaction des fibres-cellules musculaires remplacées par du tissu fibreux, plus ou moins oedématié par une transsudation séreuse abondante. Réaction inflammatoire, avec exsudation cellulaire ou des foyers hémorragiques au voisinage des veines thrombosées. Lésions plus marquées à la périphérie du trousseau fibro-musculaire, commandées par une nutrition plus compromise qu'à son centre, dues aux modifications statiques des éléments plus accentuées et surtout aux lésions vasculaires plus avancées à son niveau. Telles sont les altérations caractéristiques et les plus importantes qu'il nous fallait signaler.

II. — LÉSIONS DU FIBROME

Les altérations de la tumeur sont d'ordre nutritif ou infectieux.

1° Altérations d'ordre nutritif

A ne considérer pour l'instant que le premier groupe de lésions, on est forcé de tenir compte de trois facteurs, à savoir :

Le degré de la torsion ;

L'état des vaisseaux du pédicule ;

L'état des adhérences contractées par le néoplasme avec les organes abdomino-pelviens et surtout la valeur de leur apport vasculaire.

Mais avec le degré de la torsion on conçoit qu'il faille souvent tenir compte de la rapidité plus ou moins grande de cette torsion. Ainsi dans quelques cas ces lésions sont presque nulles. La tumeur présente un aspect macroscopique normal et l'examen histologique ne décèle rien de particulier. Il faut pour cela que la torsion soit peu accentuée, lente, que les vaisseaux du pédicule aient conservé une perméabilité suffisante pour assurer la nutrition de la tumeur. Témoin les cas de Heurteaux avec une torsion d'un tour complet, et de Van Iterson avec un tour et demi.

Mais si en général les lésions sont en raison directe du degré de la torsion, il ne faut pas perdre de vue les caractères anatomiques du pédicule quant à sa longueur, quant à l'état de ses vaisseaux afférents et efférents et quant aux lésions globales de ses différents tissus. Il

faudra naturellement que la nutrition du néoplasme soit assurée par des adhérences étendues, en particulier, avec l'épiploon quand le pédicule tordu à un degré quelconque a ses vaisseaux plus ou moins imperméables pour que la tumeur garde ses aspects macroscopique et histologique à peu près normaux. Aussi a-t-on trouvé des lésions assez prononcées dans les cas de JOHNSON et de BOUISSON avec une légère torsion et même dans ceux de MERMET et de DELAUNAY où la torsion ne dépassait guère trois quarts de tour et aussi dans les deux cas de FERRONI où elle atteignait à peine 180 degrés.

Quelles sont maintenant ces altérations ?

Les considérations de physiologie pathologique que nous venons de passer rapidement en revue nous laissent prévoir que l'aspect extérieur de la tumeur tordue sera très variable. Elles nous expliquent d'autre part, en fait, l'aspect ici rosé, ici violacé, ici sphacélique, de la tumeur.

a) Dans les cas les plus simples la tumeur est rosée et présente à sa surface de nombreuses veines dilatées gorgées de sang. Sa consistance est toujours plus molle que celle des fibromes normaux, parfois même elle arrive jusqu'à la fluctuation.

A la coupe, l'aspect est assez variable. Les lésions sont-elles peu prononcées, la tumeur paraît constituée par du tissu myomateux normal de consistance assez ferme, de coloration blanche ou rosée. Mais par endroits, surtout à la périphérie, on trouve des parties de consistance plus molle et de coloration plus foncée qui

laissent écouler à la coupe une certaine quantité de liquide.

Les lésions sont-elles plus avancées, une grande partie de la tumeur est molle, infiltrée, formée de traînées blanchâtres limitant par endroits des sortes d'alvéoles remplies d'un tissu jaunâtre, œdématié, de consistance gélatineuse. Et comme ces altérations sont habituellement plus marquées à la périphérie qu'au centre, la tumeur se présente constituée d'un noyau central formé de tissu myomateux habituel, entouré de toutes parts du tissu œdématié. Et comme ces mêmes altérations œdémateuses sont, en général, peu marquées dans le voisinage du pédicule et qu'elles atteignent leur maximum à la portion distale du néoplasme, celui-ci semble parfois, à la coupe, formé de deux parts : une zone juxta pédiculaire, d'aspect presque normal, une zone éloignée du pédicule, fortement ramollie et œdémateuse, avec une zone moyenne de transition insensible.

Il faut noter que le tissu œdématié est souvent creusé de cavités irrégulières, de dimensions variables, qui renferment soit une matière gélatineuse, soit un liquide clair et séreux, légèrement jaune, soit un liquide noirâtre plus ou moins épais, parfois poisseux, de nature hémorragique. Parfois une ou plusieurs de ces cavités kystiques prennent un développement considérable. Tels les cas de FROMMEL et KELLY, et de CAMPENON, entre autres, où les fibromes tordus étaient presque totalement transformés en cavités kystiques remplies d'un liquide séreux ou brunâtre.

Au microscope. — Dans les points où l'altération est

le moins prononcée, on trouvera une altération et une dissociation des fibres musculaires.

Le protoplasma de ces cellules-fibres se gonfle, devient granuleux, tandis que le noyau se ratatine, diminue de volume et devient moins facilement colorable.

Ces fibres sont également dissociées, séparées les unes des autres par un tissu fibrillaire, infiltré de substance amorphe, dans lequel on voit des vaisseaux pour la plupart dilatés et largement ouverts.

Au niveau d'un point plus mou, plus dégénéré de la tumeur, les fibres musculaires deviennent de plus en plus rares. Elles sont séparées par des travées de tissu conjonctif fibrillaire condensé qui gagnent de plus en plus en épaisseur.

Au niveau d'une région plus atteinte encore, ce tissu conjonctif augmente, mais perd de sa condensation. Une infiltration œdémateuse dissocie ses fibrilles qui s'écartent les unes des autres, forment de sortes de mailles remplies de liquide et d'une substance amorphe non colorable par les réactifs. Ainsi la disposition réticulaire devient de moins en moins nette et finit même par disparaître entièrement.

Sur toutes les coupes, on voit, bien entendu, de nombreux vaisseaux, mais à paroi mince, et remplis de globules sanguins.

Les cavités kystiques paraissent résulter uniquement de l'accumulation de liquide dans les mailles du tissu œdédié. Leurs parois formées de tissu fibrillaire condensé ou aux dépens, semble-t-il parfois, d'une substance amorphe, enferment un contenu constitué

par de la sérosité simple ou par un mélange de sang et de sérosité.

b) Dans certains cas, la torsion entraîne des altérations plus marquées avec rupture des petits vaisseaux et infiltration sanguine du tissu de la tumeur. Si cette infiltration est diffuse, elle se traduira par un ramollissement et surtout par un changement de coloration de la tumeur qui prend une teinte allant du gris ardoisé au rouge violacé. Se fait-elle en masse, le sang extravasé forme dans les mailles du tissu fibro-musculaire des amas hémorragiques analogues aux noyaux d'infarctus. Ces noyaux apoplectiques, de dimensions variables, depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'une noix, présentent une surface de coupe finement grenue, d'un noir violacé, en quelque sorte truffée. Ils crépitent sous le doigt et laissent sourdre à la pression un mélange de sang noir et de caillots vermiformes. Presque toujours ces lésions d'apoplexie et d'infiltration sanguine s'accompagnent d'œdème et de ramollissement. Dans les deux cas de BOURSIER pourtant, ces lésions d'apoplexie existaient seules sans œdème, sans ramollissement même des tumeurs qui étaient uniformément dures et noirâtres.

Au point de vue de leur topographie, ces altérations, tout comme l'infiltration œdémateuse et le ramollissement, occupent de préférence la périphérie et, surtout, la partie du fibrome opposée au pédicule. C'est là que l'on observe à peu près exclusivement les noyaux apoplectiques.

La tumeur ainsi dégénérée a une consistance molle,

souvent fluctuante par endroits. Sa surface extérieure sillonnée par de grosses veines gorgées de sang présente une coloration brunâtre ou gris ardoisé analogue à celle de certains kystes de l'ovaire, avec, par endroits, des taches violacées plus ou moins foncées, lie de vin, de dimensions variables. A la coupe, le tissu ne crie pas sous le scalpel et laisse échapper un mélange de sang et de sérosité. La surface de section montrera un tissu œdématisé, de coloration rosée ou jaunâtre, avec çà et là des parties plus foncées, rouge violacé si les altérations sont un peu plus avancées. Celles-ci sont-elles plus marquées encore, on pourra, à la coupe du néoplasme tordu, reconnaître trois zones différentes, à savoir :

1° Une zone centrale ou juxtapédiculaire, simplement ramollie et infiltrée ;

2° Une zone périphérique, formée par du tissu rouge violacé, renfermant des noyaux d'infarctus plus ou moins volumineux et confluent ;

3° Une zone intermédiaire, avec des lésions de congestion et d'infiltration sanguine diffuse, présentant toutes les transitions, depuis un tissu légèrement rosé jusqu'à un tissu violacé parsemé d'une infinité de points apoplectiques rougeâtres ou noirâtres.

Il nous faut ajouter pourtant qu'il y a des cas beaucoup plus rares à la vérité, où l'infiltration sanguine se fait à peu près uniformément dans toute l'étendue de la tumeur.

Au microscope. — Les lésions histologiques qui correspondent à ces altérations macroscopiques ont été étudiées par Pillet, Mermet et Lemeland.

Il faudrait, pour bien comprendre l'évolution des lésions, l'étudier sur une série de coupes portant successivement sur les diverses parties de la tumeur et allant des régions qui paraissent les moins altérées vers les noyaux apoplectiques. Au voisinage du pédicule, par conséquent dans la partie de la tumeur qui est la mieux nourrie, les coupes montrent peu d'altérations à part les lésions d'œdème et d'infiltration analogues à celles décrites précédemment et une dilatation vasculaire plus grande qu'à l'état normal.

A mesure qu'on s'éloigne du pédicule : altération et dissociation des fibres musculaires par une substance amorphe renfermant des leucocytes et des hématies, vaisseaux très nombreux remplis de globules sanguins présentant des parois minces, réduites le plus souvent à un simple endothélium qui disparaît même par endroits. Ce sont des lésions presque en totalité analogues à celles que nous avons décrites plus haut.

Dans les parties de la tumeur présentant une coloration plus foncée avec piqueté rougeâtre ou noirâtre, les lésions hémorragiques s'accroissent. Les vaisseaux sont toujours très nombreux et remplis de sang. A côté d'eux on voit des lacunes sans paroi propre renfermant des amas de globules. Les faisceaux musculaires sont plus profondément dissociés, séparés par des globules rouges irrégulièrement disséminés entre les fibres. De véritables foyers hémorragiques prennent ici naissance qui deviennent de plus en plus nombreux et volumineux à mesure que l'on s'approche de la zone des infarctus.

Dans la zone des infarctus, les bandes violacées qui séparent les noyaux apoplectiques ont une structure analogue à celle des coupes précédentes, sauf que l'infiltration hémorragique est plus abondante.

Au niveau des noyaux d'infarctus, les fibres musculaires et les cellules conjonctives s'écartent fortement, laissant entre elles des intervalles qui ont jusqu'à quarante et même cinquante fois leurs dimensions et qui sont remplis de globules sanguins.

A un grossissement assez fort, ces noyaux d'infarctus présentent des caractères histologiques assez variables qui permettent de suivre les divers stades et leur évolution.

Certains de ces noyaux sont formés par des fibres musculaires séparées par des amas globulaires. Fortement dissociées par l'infiltration sanguine, ces fibres, tantôt chauffées par la masse sanguine, tantôt vésiculeuses comme par imbibition, par de la sérosité ambiante de leur protoplasma, sont profondément altérées, se colorent mal. Les globules sanguins sont ici en contact direct avec les fibres musculaires sans interposition d'aucun endothélium.

D'autres noyaux présentent un aspect différent : ils sont formés presque uniquement par une masse diffuse, presque amorphe, vaguement réticulée par endroits et parsemée d'un pigment brun jaunâtre provenant évidemment des globules sanguins détruits. Les fibres musculaires limitant ces amas sont atrophiées, infiltrées de pigments et presque impossibles à colorer. Les fibres les plus rapprochées de l'infarctus ont disparu en grande partie et souvent ne sont plus

reconnaissables qu'à la présence d'une traînée pigmentaire, qui dessine leur forme générale.

D'ailleurs, dans la substance amorphe voisine on trouve parfois aussi des sortes de travées pigmentaires qui rappellent assez nettement les contours des fibres musculaires.

Ces amas pigmentaires résultent évidemment de la destruction des globules rouges des noyaux d'infarctus. Mais comment expliquer les altérations des fibres musculaires voisines ? Il faut admettre que les fibres lisses, qui jouissent comme les fibres striées, quoique à un degré moindre, de la propriété de fixer l'hémoglobine dans leur protoplasma, ont suppléé les globules blancs et ont fixé puis détruit l'hémoglobine résultant de l'inondation sanguine ambiante; ce qui, d'autre part, explique la rapidité de la destruction du sang épanché et la destruction des fibres-cellules tuées par la surcharge pigmentaire.

Quel est maintenant le déterminisme des lésions que nous venons de passer en revue ?

La pathogénie extrêmement simple découlera tout entière des modifications que la torsion apporte à la nutrition d'un fibrome pédiculé.

La torsion du pédicule a pour premier et principal effet de déterminer une gêne de la circulation en retour. Nous l'avons dit plus haut, les veines sont, en effet, moins protégées que les artères. Que l'apport sanguin par celles-ci demeure normal ou presque, une congestion passive avec tension augmentée dans les vaisseaux du néoplasme sera une chose fatale. Sous l'in-

fluence de cette hypertension il se fait d'abord une transsudation plus ou moins active de la partie liquide du sang, transsudation d'autant plus favorisée que les vaisseaux de la néoplasie ont une structure simple.

L'infiltration dissocie les éléments du tissu conjonctif, puis gonfle, ramollit et dissocie les fibres lisses. C'est le stade réticulaire œdémateux que nous avons décrit en première ligne.

Que le processus soit poussé plus loin, par suite d'une torsion brusque, accentuée, ou d'une oblitération veineuse plus complète, la pression brusquement augmentée ou par trop forte aboutira sûrement à la rupture de petits vaisseaux et à des hémorragies interstitielles plus ou moins abondantes; d'où infarctus dans lesquels, comme nous avons vu, le sang va se détruire et ses pigments infiltrer les leucocytes et surtout surcharger les fibres-cellules lisses.

Ces troubles circulatoires d'ordre congestif peuvent aller, dans certains cas, jusqu'à la rupture de vaisseaux d'un certain calibre. Ainsi dans un cas de FROMMEL, des vaisseaux volumineux se sont ouverts dans la cavité d'une tumeur fibro-kystique tordue. Même les gros vaisseaux sous-séreux peuvent se rompre par suite de la torsion et fournir le syndrome d'inondation péritonéale, tels les cas de STEINBUCKEL et de A. MARTIN.

Si la torsion est très prononcée, elle peut amener non seulement l'oblitération des veines mais aussi la gêne et même l'arrêt presque complet de la circulation artérielle. Le fait est, en réalité, assez rare.

La circulation artérielle est-elle troublée? plusieurs éventualités sont à considérer :

Si l'apport artériel est seulement diminué et si la torsion est lente, celle-ci peut avoir simplement pour effet la transformation fibreuse de la tumeur. Dans ce cas, les fibres musculaires font place au tissu conjonctif-fibreux, et cette transformation fibreuse s'accompagne généralement d'une atrophie notable du néoplasme s'effectuant par un processus identique à celui qu'on observait en liant les vaisseaux d'un fibrome pour en obtenir l'atrophie.

Parfois, à la suite de cette transformation fibreuse, il se produit des incrustations calcaires plus ou moins étendues allant, dans certains cas, jusqu'à la calcification complète de la tumeur : témoins les cas de VER-COUTRE, GOULLIoud et SIBUD.

Que la circulation artérielle soit rapidement très fortement diminuée, le fibrome présentera alors des lésions de nécrose plus ou moins avancées. Ordinairement, ces lésions se limitent à certains points de la néoplasie où la nutrition se fait plus particulièrement mal. A ce niveau apparaissent des taches de coloration feuille morte ou noire ayant la consistance et l'aspect du caoutchouc.

L'examen histologique y dénote des lésions de nécrose plus ou moins avancées. A leur terme ultime, ces lésions donnent au microscope l'aspect d'une substance uniforme vaguement ondulée, dans laquelle on ne peut déceler la présence d'aucun élément vivant.

Les lésions de nécrose partielle ne sont pas rares. Plus rares sont les nécroses totales portant sur toute l'étendue de la tumeur (cas de JACOB).

2° Altérations d'ordre infectieux.

Le plus souvent d'ailleurs, quand la nutrition de la tumeur est sérieusement compromise, les lésions de nécrose aboutissent, par suite d'infection, à la suppuration et à la gangrène (cas de Holst, Fritsch, Cappie, Tuffier, Martin-Christoffer, Bérard, Gayet et Adler, Vincent).

Ici, l'élément infectieux est à considérer venant éclore dans un tissu prédisposé. Remarquons d'ailleurs que ces complications de gangrène et de suppuration sont peu fréquentes, malgré la mauvaise nutrition des fibromes à pédicule tordu. Cette rareté relative tient-elle à la situation de ces tumeurs qui, presque complètement isolées de l'utérus, sont peu exposées aux infections ascendantes par voie vagino-utérine ? Ceci paraît certain. Mais les adhérences que ces fibromes contractent avec les organes voisins, surtout l'intestin, si importantes à notre point de vue quant au déterminisme de leur torsion, ne fournissent-elles pas par leurs lymphatiques une voie à la migration de certaines bactéries intestinales et, au premier plan, au colibacille ?

III. — ÉTAT DE L'UTÉRUS

L'utérus, du fait qu'il est à l'origine du fibrome tordu, est un utérus qui, dans sa forme, dans sa situation, dans sa conformation intérieure et dans sa structure, a dû subir les modifications souvent considérables qui accompagnent l'évolution des myomes utérins, à quelque variété qu'ils appartiennent, et plus particuliè-

rement des fibromes sous-péritonéaux. Ainsi il peut être refoulé, déplacé par la tumeur ; il peut avoir suivi la tumeur dans son ascension dans la cavité abdominale ou se laisser un peu étirer. La cavité utérine agrandie peut être déformée. Mais les modifications histologiques sont plus intéressantes à retenir.

L'utérus peut être le siège de myomes multiples ou même être myomateux ; il a toujours une hypertrophie considérable de ses parois, hypertrophie que M. Guyon a caractérisée du terme très juste de « grossesse fibreuse » (GUYON, *Des tumeurs fibreuses de l'utérus*, th. agrégat., 1860.)

La muqueuse est le siège de l'endométrite interstielle ou glandulaire et plus particulièrement glandulaire (Wyder).

Hypertrophie, congestion, état inflammatoire de la muqueuse, tout cela contribue à rendre le tissu utérin d'une extrême friabilité.

La torsion de la tumeur ajoute-t-elle quelques particularités à ces lésions ? Nulle part, pas plus dans les traités classiques de Labadie, Lagrave et Legueu, de Pozzi, de Le Dentu et Delbet, que dans la thèse pourtant complète de Lemeland, il n'en est question.

IV. — ÉTAT DES ANNEXES

L'état des annexes est particulièrement intéressant à étudier. Entraînée parfois par le pédicule inséré sur la corne utérine près de l'isthme, elles peuvent même s'enrouler autour de ce pédicule avec la partie voisine du ligament large, surtout le méso-salpinx (cas de

Lannelongue, de Pollosson). Les changements de position, les tiraillements, les rétrécissements que la torsion du fibrome imprime à la première portion des trompes influencent forcément les conditions physiologiques ou pathologiques antérieures des annexes. Les salpingites sont fréquentes (obs. de Campenon, Piquand, Lamarre, Gunther, Fritsch, Cappie, Schwartz, Tuffier, Martin, Fercy-Paton, Vincent, Jacobs, Petersen).

L'hydrosalpinx a été signalé dans les cas d'Imbert, Schwartz, Boursier, David, Kelley.

L'hématosalpinx n'a été rencontré que rarement (un cas de Campenon).

V. — ORGANES PELVIENS

Les *vaisseaux pelviens* parfois comprimés peuvent présenter des lésions, surtout des thromboses veineuses, qui, le plus souvent limitées au ligament large, peuvent s'étendre très loin, comme dans le cas de Péan et de Duhrssen.

Les *compressions* de la vessie, les compressions et la coudure des uretères sont rares (cas de Lamarre). Dans un cas de Campenon, la vessie était tordue et comprimée.

La compression de l'intestin, surtout du rectum et de l'S iliaque, est plus fréquente. Dans le cas de Luys, la compression de l'S iliaque amena la mort par occlusion intestinale.

D'autres fois, l'intestin uni au fibrome par une solide adhérence se trouve entraîné dans le mouvement de

torsion et peut présenter un déplacement assez considérable (cas de Fercy-Paton avec accidents d'occlusion intestinale mortels).

VI. — ÉTAT DU PÉRITOINE

Les lésions constatées au niveau du péritoine peuvent parfois déterminer la torsion. Nous voulons surtout parler des adhérences qui, d'ailleurs, par l'apport vasculaire accessoire influencent, comme nous l'avons vu, la nutrition du néoplasme.

Mais à côté des adhérences, il nous faudra signaler la possibilité d'exsudation séreuse ascitique ou d'une hématocele.

Adhérences. — A l'origine de la réaction défensive du péritoine qui détermine l'exsudation fibrineuse, laquelle va s'organiser pour former les adhérences, il faut surtout incriminer une légère infection. Peut-être faut-il aussi tenir compte de l'irritation produite par le contact, avec le péritoine voisin, de la tumeur œdématisée à endothélium desquamé.

Quoi qu'il en soit, ces adhérences finissent par lier la tumeur plus ou moins solidement à des organes éminemment vasculaires, surtout avec l'intestin, l'épiploon, le mésentère, la vessie, etc.

On les a vu dans certains cas supporter des vaisseaux néoformés d'un calibre important. Ainsi, dans le cas de Faure, on trouvait des artères plus volumineuses qu'une radiale de volume moyen. Dans celui de Fercy-Paton, le fibrome du poids de 5 livres, dont le pédicule avait été complètement rompu, était exclusivement nourri par les vaisseaux des adhérences.

L'hématocèle est une complication possible, rare à la vérité, qui peut survenir à la suite d'une rupture vasculaire. Le vaisseau rompu peut appartenir à une adhérence ; le fait est exceptionnel. Le plus souvent c'est un vaisseau sous-séreux, siégeant au niveau du pédicule tordu (cas de Turner) ou au niveau du néoplasme (cas de A. Martin).

Ascite. — Dans quelques observations, comme celles de Ferry, Gunther, Ferroni, Durand, Patel et Perrin, on signale une ascite plus ou moins abondante. Pour Lemeland, cette ascite serait probablement attribuable à la gêne de circulation de retour au niveau de la tumeur par suite de la torsion.

Sans vouloir aller à l'encontre de cette pathogénie, possible d'ailleurs, nous poserons la question de savoir si, dans certains cas, la torsion du fibrome ne serait pas secondaire à l'ascite elle-même. Celle-ci, quelle que soit la pathogénie à laquelle elle appartienne, étant (comme nous l'avons montré antérieurement) une cause favorisante de la torsion ?

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

Le tableau clinique de la torsion des fibromes utérins sous-séreux et l'évolution des accidents est très variable suivant qu'il s'agit d'une torsion brusque ou d'une torsion s'effectuant d'une manière lente et progressive.

Avant de décrire les symptômes que l'on peut rencontrer, signalons de suite l'importance qu'il y a pour le médecin à rechercher les symptômes commémoratifs. Nous ne pouvons mieux le montrer qu'en donnant un exemple et en rapportant un cas clinique :

Une femme va consulter un médecin pour une tumeur ; elle présente tous les signes classiques, toute la symptomatologie du fibrome utérin, de sorte que le diagnostic de fibrome s'impose.

Cette malade n'est pas opérée, soit parce que l'opération l'effraie et qu'elle la refuse, soit parce que le médecin espère, la ménopause étant proche, que la tumeur pourra subir spontanément une régression. Mais un jour le médecin traitant est appelé subitement pour des accidents graves. La tumeur est devenue douloureuse ; la douleur se généralise à tout l'abdomen : la malade présente des symptômes nets de péritonite.

Dans ce cas, le diagnostic de torsion du pédicule du fibrome antérieurement reconnu est possible.

Cet exemple n'est pas purement imaginaire ; c'est le récit d'un cas clinique du Dr Roux de Lauzanne, cité par Bernard dans sa thèse (Bordeaux, 1903). Ajoutons que cette malade fut opérée et le diagnostic confirmé.

Cependant il est assez rare que l'on ait simplement à faire le diagnostic de complications d'un fibrome, et souvent c'est le fibrome lui-même qu'il faudra diagnostiquer. On devra donc tout d'abord rechercher les symptômes habituels des fibromes, ceux qu'on a appelé les signes rationnels, et encore, comme nous allons le montrer, ces signes rationnels eux-mêmes :

Hémorragies,

Douleurs,

Phénomènes de compression,

sont-ils la plupart du temps très marqués.

Dans le plus grand nombre de cas, l'hémorragie est le symptôme initial et prépondérant. Elle coïncide, du moins au début, avec l'époque menstruelle : c'est une ménorragie ; d'autres fois ou plus tard, elle survient dans la période intercalaire : c'est la métrorragie.

Mais ces pertes de sang, qui manquent rarement dans les fibromes ordinaires, sont, dans la variété de fibromes sous-péritonéaux qui nous occupe, beaucoup plus rarement observées.

Les pertes blanches elles-mêmes, tantôt glaireuses et opalescentes, tantôt muco-purulentes, qui tachent le linge et qui accompagnent d'ordinaire les pertes rouges, sont ici encore peu fréquemment signalées.

Les douleurs dans les fibromes sous-séreux se

réduisent généralement à une simple sensation de pesanteur et de tiraillements lombaires.

Quant aux *phénomènes de compression*, eux-mêmes si importants dans les fibromes à développement intra-pelvien, sont pour ainsi dire nuls dans la forme qui nous occupe.

Ainsi, ce sera souvent avec des données vagues, des renseignements imprécis, que le médecin sera appelé à faire un diagnostic.

Nous n'avons pas la prétention de donner de cette complication de fibrome un tableau chronique très net. Nous allons seulement essayer de mettre en vedette les symptômes les plus importants, de décrire les formes les plus ordinaires de torsion que l'on peut rencontrer.

La torsion aiguë.

La torsion par poussées successives.

Enfin, nous dirons deux mots d'une troisième forme que Lemeland a cru devoir isoler et qu'il a appelée la *forme insidieuse*.

1° Torsion aiguë

La torsion aiguë est marquée par un début le plus souvent brusque, dramatique en quelque sorte, rappelant celui de l'hématocèle péri-utérine.

Symptômes fonctionnels.

Le grand symptôme de la torsion, c'est *la douleur*. Elle éclata en général brusquement et est d'emblée extrêmement vive. Son point de départ est la partie de l'abdomen occupée par la tumeur, mais bientôt les

phénomènes douloureux se généralisent et sont ressentis dans tout le ventre.

Puis apparaissent *les vomissements* : d'abord alimentaires, ils deviennent rapidement bilieux et porracés.

Symptômes généraux. — La malade présente alors le tableau clinique classique du péritonisme avec une douleur abdominale intense, continuellement exaspérée par des hoquets et des contractions de la paroi dues aux efforts de vomissements.

Le facies est caractéristique, les yeux sont cernés et profondément excavés, le nez effilé, les traits tirés.

Le pouls est petit, dépressible, rapide, atteignant 130 ou 140.

La température reste en général à 38°5 en discordance avec le pouls.

Signes physiques. — Si les symptômes fonctionnels et généraux sont sensiblement identiques et peuvent être groupés dans un même tableau, il n'en est pas ainsi pour les signes physiques. Deux cas peuvent se présenter : ou le ventre est contracturé, ou (et c'est là l'exception) le ventre est assez souple pour permettre une exploration complète.

A. — Lorsque le ventre est contracturé, la palpation est impossible ou ne permet qu'un examen trop vague pour aider au diagnostic. Le toucher vaginal lui-même, dans ces cas, ne donne aucun renseignement : il est douloureux et c'est tout.

Si la malade est une inconnue, si rien n'attire spécialement l'attention sur un passé gynécologique, si rien en un mot ne dit que la malade était porteuse d'un

fibrome, toutes les erreurs de diagnostic se produisent forcément et fatalement.

Quelques exemples :

VILLARD est appelé brusquement auprès d'une malade pour appendicite aiguë avec abcès de la fosse iliaque droite. L'opération montre un gros plastron péritonéal comprimant le cœcum et dissimulant un fibrome de la corne utérine droite tordu et fixé aux parties molles (*In thèse Pellanda*).

VALLAS opère d'urgence de nuit une malade, chez laquelle des accidents aigus avaient fait diagnostiquer une rupture de grossesse tubaire avec inondation péritonéale. La laparotomie montre un fibrome tordu avec péritonéale (*In thèse Pellanda*).

LAMARRE rapporte l'observation d'une femme de cinquante-trois ans prise subitement d'accidents d'occlusion intestinale aiguë avec constipation absolue, douleurs, ballonnement du ventre, vomissements fécaloïdes. La malade meurt sans intervention. A l'autopsie on trouve un fibrome à pédicule tordu comprimant l'iliaque.

B. — Si au contraire on a la bonne fortune d'avoir la possibilité de faire un palper et si l'on connaît l'existence d'un fibrome antérieur, le diagnostic devient évidemment possible.

On remarquera que la tumeur a perdu sa mobilité, qu'elle est augmentée de volume et qu'enfin elle s'est ramollie, signes traduisant l'œdème et la congestion de la tumeur dus à la gêne de la circulation de retour.

Il est évident qu'à côté du tableau de torsion

suraiguë que nous venons de donner, on peut avoir des formes qui, tout en étant dues à une torsion brusque, ont une allure moins dramatique.

2° Torsion à poussées successives.

C'est là il semble la forme la plus ordinaire. C'est la forme subaiguë à répétitions, caractérisée par des crises séparées par des périodes d'accalmie, pendant lesquelles les symptômes s'amendent. Tout semble rentrer dans l'ordre jusqu'au jour où éclate la crise grave, fatale, si une intervention appropriée ne vient sauver la malade.

Nous trouvons une observation de HEURTEAUX qui peut être prise comme le prototype de cette variété de torsion de fibrome : « Une femme de quarante-huit ans, jusque-là bien portante, se plaint pendant plusieurs années de crises douloureuses survenant irrégulièrement, à intervalles de deux ou trois mois, durant de quelques heures à quelques jours et s'accompagnant de nausées, de vomissements, de constipation. Au bout de trois ans, survient une crise plus violente, au cours de laquelle l'examen fit reconnaître une tumeur que l'on diagnostique kyste de l'ovaire à pédicule tordu. L'opération montra un fibrome rattaché à la corne gauche de l'utérus par un pédicule de 5 à 6 centimètres et complètement tordu sur lui-même. »

3° Torsion à forme insidieuse.

Enfin il est une troisième forme, appelée par Leme-land torsion à forme insidieuse. Elle est caractérisée

par une violente crise péritonéale semblable à celle que nous avons décrite; elle ne dure que douze ou vingt-quatre heures, puis tout rentre dans l'ordre.

Mais ce qui distingue cette forme de celle à poussées successives, c'est que, sans qu'il se produise une nouvelle crise, malgré ce calme apparent, l'affection progresse, le fibrome se sphacèle, sa surface suppure, la péritonite généralisée est imminente et seule l'opération permet de constater ce danger que rien cliniquement ne révélait et faisait redouter (observation de CAMPENON).

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Dans sa thèse (Bordeaux, 1903), BERNARD conclut, en se basant sur l'observation de Roux de Lauzanne, et en s'appuyant sur le cas de Ferrand (Hôpital Saint-Yves), que le diagnostic est presque toujours possible.

Pourtant, si l'on veut rechercher les cas publiés de torsion de pédicule de fibromes, on est forcé d'avouer qu'il n'en est presque jamais ainsi. C'est notre avis, et nous allons montrer que ce n'est que très rarement que ce diagnostic peut être porté d'une façon ferme ; et dans la majorité des cas, c'est à peine s'il peut être soupçonné.

Le premier syndrome constaté est un état péritonéal, aussi le point primitif à élucider est le suivant : Quelle est l'origine de ces symptômes ? Sont-ils dus à une affection génitale ou non génitale ?

C'est alors que les renseignements antérieurs sont précieux. La malade a-t-elle un passé génital ? Au contraire, n'y a-t-il rien dans ses antécédents qui puisse attirer l'attention de ce côté ?

Il est évident que chez une malade n'ayant pas d'histoire génitale antérieure, on peut penser à n'importe quelle affection à réaction abdominale : coliques

néphritiques, appendicite, étranglement intime, avortement tubaire.

La *colique néphrétique*, avec ses points douloureux multiples dans l'abdomen et les symptômes généraux qui l'accompagnent, peut assez bien simuler une torsion d'une tumeur pelvienne.

Mais les antécédents de la malade, l'examen des urines, les irradiations de la douleur, la moins grande durée de l'accès et l'état général moins grave, permettront d'éliminer ce diagnostic.

L'*appendicite*, avec ses poussées antérieures successives, l'empâtement de la fosse iliaque, l'état douloureux et la distension du cul-de-sac vaginal droit, la réaction péritonéale assez vive, est à la vérité un diagnostic plus difficile à écarter. Aussi, est-ce une erreur qui a été assez souvent commise, et fréquemment c'est avec le diagnostic d'appendicite suppurée que l'indication opératoire a été posée (DELAUNAY, WALTHER et BOUISSON, VILLARD, MAYGRIER, FERRAND).

L'*étranglement interne* peut être assez facilement distingué d'une torsion par ce seul signe : le péristaltisme. L'occlusion intestinale donne, en effet, un arrêt absolu des matières et des gaz, les anses intestinales sont distendues, perceptibles sous la paroi, mais sont animées de mouvements péristaltiques.

Certains fibromes produisent bien l'occlusion intestinale par compression, mais sans péristaltisme le plus souvent. Cependant, dans certaines circonstances, ce diagnostic peut être assez délicat, et cette erreur a été plusieurs fois commise (PICK, LYONNE et MILANOFF, LAMARRE, LUYSS).

L'avortement tubaire, une fois constitué, peut aussi présenter des difficultés de diagnostic avec la torsion d'une tumeur pelvienne. Cependant, le tableau clinique est un peu différent et, d'autre part, les commémoratifs apprennent que la malade a présenté, à un certain moment, quelque signe réflexe de grossesse.

En somme, ces diverses affections peuvent être assez facilement éliminées et aujourd'hui, cliniquement, ce n'est pas là que réside la difficulté. En général, la malade sait qu'elle a une tumeur ou tout au moins a remarqué que, depuis plusieurs mois, mais surtout les derniers temps, son ventre a grossi. Ainsi, tout naturellement, le médecin pense à une tumeur, le palper et le toucher le confirment dans cette idée.

Parfois, la malade ignore qu'elle a un fibrome ; les tumeurs pédiculées sous-péritonéales ont eu, en effet, un très faible retentissement sur la muqueuse utérine. Les métrorrhagies, les troubles menstruels manquent le plus souvent. La tumeur peut être petite et on a seulement quelques phénomènes douloureux fugaces ou de légers troubles de compression. Brusquement éclatent les phénomènes douloureux et on a une péritonite localisée. A ce moment l'examen du petit bassin est pratique, et l'on constate l'existence d'une masse anormale avec empâtement et immobilisation particulière de l'utérus.

Mais, est-ce une tumeur ovarienne ? est-ce une tumeur utérine ?

Le fibrome s'accompagne ordinairement de troubles

menstruels qu'on ne trouve que très rarement dans le kyste de l'ovaire.

L'examen minutieux permettra de délimiter la tumeur, sa consistance, ses rapports avec l'utérus.

Le kyste ovarien est habituellement plus élastique, fluctuant même, plus mobile et ses déplacements sont indépendants de l'utérus.

Le fibrome présente une consistance plus ferme, il est moins mobile et en le mobilisant on sent que ces mouvements se transmettent à l'utérus.

Par ces signes différentiels on serait tenté de croire le diagnostic facile, mais en pratique, il n'en est souvent pas ainsi, car ces signes sont ou inconstants ou très difficiles à constater.

Inconstants, car, par exemple, on peut avoir un kyste de l'ovaire solidifié et d'autre part un fibrome très œdédié et présentant une certaine fluctuence.

Difficiles à constater, surtout comme nous le disions en décrivant les symptômes, car dans la période où le diagnostic se pose, le ventre est contracturé et la palpation est impossible : le vagin est douloureux et le toucher ne donne aucun renseignement.

Nous venons de montrer que le diagnostic entre le fibrome et le kyste de l'ovaire est déjà très délicat. C'est une erreur nombre de fois commise, comme l'attestent les observations, et cela d'autant plus facilement que l'on connaît la torsion des kystes ovariens et qu'on y pense, tandis qu'on ignore, ou à peu près, la torsion des pédicules fibro-utérins.

A supposer même le diagnostic de fibrome nettement

porté, le problème n'est point résolu et c'est là qu'il devient très épineux, presque insoluble.

Chez notre malade, dont nous rapportons l'observation, le diagnostic de fibrome était net, mais cette femme avait parfaitement le droit de faire une affection quelconque complètement indépendante de sa tumeur. Aussi, tout d'abord pensa-t-on à une dothiéntérie.

Cependant, l'absence de certains signes cliniques de premier ordre, le début de la maladie complètement différent, firent écarter ce diagnostic et alors on affirma avoir à faire à une *complication de ce fibrome*.

Était-ce un fibrome sphacélé, gangrené, un fibrome avec salpingite, un fibrome rouge ou un fibrome tordu ?

Les *fibromes sphacelés, gangrenés*, on le conçoit, donnent un tableau clinique parfaitement semblable à celui que nous avons décrit précédemment.

Cependant, il est deux signes très importants, qui (sans être formels) peuvent être d'une grande utilité pour distinguer la gangrène de la torsion.

C'est tout d'abord la différence dans le début de l'affection. Un fibrome se sphacélant met quelque temps, la réaction péritonéale se produit plus tardivement et par conséquent, le début sera moins brusque, moins solennel que dans la torsion.

Il faut ensuite tenir comme un symptôme très important de fibrome sphacélé, les pertes extrêmement fétides ayant précédé quelquefois d'assez longtemps les phénomènes aigus devant lesquels on hésite pour porter un diagnostic précis.

Notons aussi que fréquemment le sphacélé, la gangrène ne sont que la conséquence d'une torsion ayant amené une interruption complète de la circulation.

Le *phénomène salpingite* sera également très difficile à différencier d'avec une torsion de fibrome. Ici, comme dans la torsion : réaction péritonéale très vive, douleur assez violente ; utérus immobilisé ; au toucher, cul-de-sac douloureux, dur et rempli par une grosse masse.

Pour nous, ce diagnostic différentiel ne peut pas pratiquement être fait. C'est le diagnostic qui avait été porté dans l'observation personnelle que nous relatons et dans d'autres cas, comme on pourra le constater en se rapportant au chapitre *Observations*.

Le professeur Auguste POLLOSSON et VIOLET, ont décrit (*Société des sciences médicales*, 10 mai 1905) une forme de fibrome qu'ils ont appelé les *myomes rouges*. Cette variété, au point de vue anatomique, est enfermée sous une capsule épaisse. Est-ce une congestion inflammatoire dans un myome ? Est-ce un myome encapsulé à évolution rapide ?

Toujours est-il qu'au point de vue clinique, cette complication de fibrome est caractérisée par des hémorragies profuses, survenant chez une malade porteur d'un fibrome, lequel a augmenté rapidement de volume ; des douleurs vives dans le bas-ventre et une fièvre légère.

Dès lors comment diagnostiquer un myome rouge d'avec un kyste de l'ovaire tordu, un fibrome gangrené ou un fibrome tordu ?

Ainsi, nous pouvons CONCLURE que *si, à la rigueur (quoique ce soit déjà très délicat), le diagnostic de fibrome compliqué peut être fait, le diagnostic de la complication elle-même est presque impossible à faire.* Dire que l'on se trouve en présence d'un fibrome à pédicule tordu, ceci ne peut être qu'une hypothèse, à laquelle, hâtons-nous de dire, on pourra, *on devra* penser quand une tumeur aura été reconnue.

Et, du reste, au point de vue clinique et thérapeutique, ce diagnostic a une importance minime. En effet, que l'on hésite entre fibrome gangrené, sphacélé, fibrome avec salpingite, fibrome rouge, ce qu'il faut nettement poser, c'est l'indication opératoire. Rester simple spectateur serait un crime, car *dès que le coup de gong initial a retenti, la malade est et demeure en puissance de mort imminente*, et il faut intervenir aussi rapidement que possible.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

La torsion d'un fibrome étant non pas diagnostiquée, car — nous l'avons montré — il est impossible de poser nettement ce diagnostic, mais seulement soupçonnée, quelle est la conduite à tenir?

Il est de toute évidence qu'il ne faut pas parler de traitement médical, ni de temporisation, et seule une erreur de diagnostic pourrait excuser cette façon d'agir.

Citons seulement, à titre historique, le procédé de Rokitansky et Vercoutre, qui consiste à faire une espèce de version par manœuvres externes. En effet, il est non seulement illusoire mais même dangereux d'essayer par des manœuvres manuelles à travers la paroi abdominale de réduire cette torsion.

Nous l'avons montré, si le fibrome se tord, c'est surtout à cause d'adhérences successives qu'il contracte, lesquelles le rendent plus sensible aux mouvements péristaltiques de l'intestin. Dès lors, *illusoire* est ce procédé, car il sera toujours inefficace; *dangereux*, surtout en rupturant ces adhérences et en favorisant la réaction péritonéale.

L'intervention chirurgicale s'impose donc. A quel

moment convient-il de la pratiquer? et que doit-elle être?

Ici, comme dans toutes les affections abdominales ayant la péritonite comme aboutissant, le temps est précieux, et le succès sera d'autant plus certain que l'intervention sera plus précoce. Aussitôt le diagnostic soupçonné, il faut faire la laparotomie. Ce point ne souffre du reste aucune contradiction de la part des auteurs.

Mais où la question devient intéressante, c'est au sujet de l'intervention elle-même qu'il faut pratiquer.

Faut-il faire la *myomectomie* simple?

Faut-il faire l'*hystérectomie*?

I. — DE LA MYOMECTOMIE

La *myomectomie* est excellente en principe, aussi Lemeland (*in thèse*, Paris, 1909) conclut-il nettement en sa faveur.

C'est la méthode de choix, dit-il, et c'est bien le cas d'appliquer la myomectomie abdominale telle que la conseille le professeur Pozzi, dans sa magistrale clinique du 9 novembre 1908.

S'il n'y a pas d'adhérences péritonéales, l'opération est d'une extrême simplicité, analogue à l'ablation d'un kyste de l'ovaire. Après avoir dégagé la tumeur, il est bon de tailler à la base du pédicule une petite collerette péritonéale destinée à recouvrir la ligature. On coupe ensuite le pédicule entre deux pinces, on le lie solidement et on le recouvre de la collerette péritonéale que

l'on fixe par quelques points. Le plus souvent une ligature en masse est suffisante.

Cependant si le pédicule était volumineux et renfermait de gros vaisseaux, il serait préférable de les lier isolément, après avoir mis en dessous une ligature en masse.

Avantages de la myomectomie.

1° *Simplicité.* — La myomectomie, d'après la technique que nous venons de rapporter, paraît en effet d'une telle simplicité opératoire, qu'il est tout naturel qu'elle ait rallié tous les suffrages.

2° *Opération conservatrice.* — Et d'autre part, n'est-ce pas un avantage énorme que celui de ne pas priver une femme de sa vie génitale.

Ces deux raisons sont séduisantes et on serait tenté de dire avec l'auteur précédent : « c'est bien là le procédé de choix ».

Inconvénients de la myomectomie.

Et cependant, tel n'est point notre avis.

1° *Difficulté de l'hémostase opératoire.* — En effet, tout d'abord l'opération n'est pas aussi simple que l'indique Lemeland et qu'on pourrait le croire.

La ligature en masse est d'abord complètement à rejeter. Il faudra lier isolément chaque vaisseau, puis faire une ligature totale du pédicule par transfixion et enfin faire la péritonisation.

Mais cette hémostase opératoire est parfois très difficile ou même impossible. En effet, l'utérus est congestionné, comme œdématié, les tissus en sont friables et

souvent il est impossible de poser la moindre ligature, de faire le moindre point. Comme nous le rapportons dans notre observation, Patel essaya bien de lier le pédicule, mais devant l'impossibilité de faire une suture dans ce tissu qui se coupait, il décida l'hystérectomie.

2° *Hémorragies secondaires à redouter.* — Et cependant, même si cette hémostase opératoire s'accomplit assez facilement, il faut se souvenir du danger que court la malade, toujours sous la menace d'une hémorragie secondaire.

Rappelons-nous le cas rapporté par Planque, où il y eut hémorragie foudroyante par glissement de la ligature du pédicule.

Rappelons-nous le cas de GOULLIoud (*Lyon Médical*, 1904, p. 65). Il s'agissait d'une religieuse jeune, chez qui la myomectomie ne présenta aucune difficulté spéciale, mais une hématocele post-opératoire se produisit avec peu de réaction péritonéale au début et avec un tracé thermique rapidement ascendant.

« C'était la vingt-deuxième de mes opérées, dit
« Goullioud. Ayant vu guérir les précédentes malgré
« un peu de fièvre, je ne fus pas alarmé. Le sixième
« jour au soir, les phénomènes péritonéaux apparaîs-
« saient. Le septième jour, un large débridement
« vaginal était fait, donnant écoulement à du sang
« altéré. Malheureusement, ce débridement était trop
« tardif, et la malade succombait le huitième jour.

« Cette malade est bien morte du fait de la myomec-
« tomie ajoute Goullioud, puisque les accidents ont

« pris naissance par suite du suintement sanguin péri-
« tonéal post-opératoire, complication un peu spéciale
« à la myomectomie. Probablement que cette malade
« eût guéri par l'hystérectomie » et aujourd'hui nous
dirions que sûrement cette malade eût guéri par
l'hystérectomie.

3° *Opération incomplète.* — Enfin il est certain
que la myomectomie sera le plus souvent une opération
incomplète. Dans le plus grand nombre d'observations,
on signale l'utérus comme fibromateux et dans ces cas
où en somme le fibrome tordu pour lequel on intervient
n'est qu'un épiphénomène, la myomectomie sera une
intervention nettement insuffisante.

II. — DE L'HYSTÉRECTOMIE

A cause de tous ces inconvénients :
Difficulté de l'hémostase opératoire,
Hémorragies secondaires à redouter,
Insuffisance de l'intervention,
n'y aurait-il pas lieu de pratiquer une opération radi-
cale et de faire l'*hystérectomie* ?

L'hystérectomie abdominale peut être pratiquée
suivant deux procédés : elle peut être subtotale ou
totale,

L'*hystérectomie subtotale ou supra-vaginale* con-
serve un moignon formé par le col. Ce moignon, on l'a
successivement traité de trois façons :

1° En le maintenant au dehors (traitement extra-

péritonéal du pédicule, procédé Kœberlé et Hégar), étranglé par un lien de caoutchouc, et transpercé par deux branches en X jusqu'à la chute de la ligature élastique;

2° En le fixant au niveau de la face profonde de la paroi abdominale et en l'accolant au péritoine pariétal (traitement du pédicule par la méthode mixte, ou juxtapariétale, procédé de Woelfler Hacker);

3° En l'abandonnant dans l'abdomen, après suture au catgut affrontant la surface du moignon et suture à la soie le recouvrant du péritoine (traitement intra-péritonéal, procédé de Schröder).

C'est cette dernière technique que l'on emploie actuellement le plus volontiers.

Dans l'*hystérectomie totale*, on enlève en totalité l'utérus avec la tumeur.

De nombreux procédés ont été proposés. Nous ne parlerons que des deux qui sont actuellement le plus employés et qui tous deux comprennent la libération du col de bas en haut (hystérectomie vagino-abdominale).

Dans le *procédé de Richelot*, on pratique l'ouverture première du cul-de-sac antérieur; dans *celui de Doyen*, c'est par l'ouverture du cul-de-sac postérieur qu'on commence l'intervention.

Nous ne nous permettrons pas de porter un jugement sur ces procédés également bons et à employer suivant les cas.

Reproches faits à l'hystérectomie.

1° On a reproché à l'hystérectomie totale *la difficulté de l'hémostase*. En utilisant la méthode couramment employée par le professeur Pollosson, cet inconvénient disparaît.

Le professeur Pollosson pratique en effet la ligature de l'angle vaginal et assure ainsi une hémostase parfaite des artères utérines. Puis, dans un second temps, il solidarise le péritoine qui tapisse le cul-de-sac de Douglas avec la paroi postérieure du vagin.

Il est donc évident que l'hystérectomie ainsi pratiquée est une opération complète et d'une sécurité parfaite au point de vue hémostase.

2° Peut-être pourrait-on lui reprocher d'être *un peu plus longue*. Disons que, pratiquée par un chirurgien habile, l'hystérectomie ne demande guère que dix à quinze minutes. Et nous ne croyons pas que l'inconvénient léger d'une anesthésie prolongée de un quart d'heure puisse être mis en parallèle avec les résultats complets et certains de l'opération.

Il faudrait vraiment que la malade soit dans un état général très grave pour que cet argument puisse être invoqué.

3° Quant à l'avantage de la *myomectomie au point de vue opération conservatrice* des organes génitaux de la malade, dans certains cas, assurément, c'est une considération dont il faudra tenir compte.

Mais, hâtons-nous de le dire, ce n'est qu'exceptionnellement que cette raison pourra être invoquée.

C'est qu'en effet les malades chez lesquelles on intervient pour un fibrome tordu sont en général des femmes de quarante à cinquante ans, dont la vie génitale est terminée ou presque et chez lesquelles par conséquent on ne peut avoir qu'à gagner à pratiquer une castration totale.

En somme actuellement il semble que l'hystérectomie totale devra être pratiquée de préférence à la myomectomie.

En effet cette intervention, suivant le procédé de Richelot (ouverture du cul-de-sac antérieur) ou celui de Doyen (ouverture du cul-de-sac postérieur), employé suivant les cas, sera rapidement menée par des moins habiles (dix à quinze minutes au plus). De plus, en tenant la conduite que conseille le professeur Pollosson (ligature de l'angle vaginal assurant l'hémostase des utérines, puis solidarisation du péritoine de Douglas avec le cul-de-sac postérieur du vagin), on aura une sécurité complète au point de vue hémostase.

Concluons donc que la myomectomie peut être pratiquée chez une femme jeune à laquelle il y aurait un gros intérêt à conserver sa vie génitale et encore à la condition que l'on ne rencontre aucune difficulté opérative du côté du pédicule.

Dans tous les autres cas, quand l'utérus est fibromateux, quand on a un pédicule large, à tissu coupant, et que, par conséquent, l'hémostase est difficile ou insuffisamment assurée, il n'y a pas à hésiter : l'hystérectomie est de règle.

CONCLUSIONS

I. — La torsion des pédicules fibro-utérins sous-séreux, en dehors de la grossesse, est un fait relativement rare et peu connu.

II. — Pour qu'un fibrome utérin subisse le phénomène de la torsion, il faut certaines conditions anatomiques dont la principale est assurément l'insertion du pédicule sur la partie latérale de l'utérus, au voisinage d'une des cornes.

III. — Divers facteurs interviennent dans la torsion des fibromes de l'utérus, mais il semble que si la grossesse, l'ascite, les causes mécaniques diverses peuvent favoriser cette torsion, les causes déterminantes sont, d'une part, les adhérences même légères avec l'intestin ; d'autre part, les mouvements péristaltiques de ce dernier.

IV. — Les lésions déterminées par la torsion du pédicule sont d'ordre vasculaire et nutritif.

On les constate :

Dans le pédicule : endophlébite — friabilité possible amenant rupture.

Dans le fibrome : œdème — apoplexie — lésions dégénératives (kystiques, fibreuses, infiltration calcaire ou inflammatoires gangrène-suppuration).

Dans utérus et annexes : congestion de l'utérus — enroulement des annexes sur pédicule — hydrosalpinx ou hémosalpinx possibles.

Dans péritonite : Adhérences péritonéales, ascite — quelquefois hématoçèle.

V. — Cliniquement tableau variable en général, syndrome péritonéal.

Le diagnostic est le plus souvent impossible, sauf si tumeur pédiculée a été reconnue avant la torsion, et encore faut-il faire diagnostic différentiel avec fibrome sphacélé, gangréné, fibrome rouge?

VI. — Le traitement chirurgical s'impose. La myomectomie (opération conservatrice) est bonne en théorie, difficile et même impossible en pratique et ne doit être pratiquée que chez une femme jeune et encore à la condition que l'on ne rencontre aucune difficulté opératoire du côté du pédicule.

Dans tous les autres cas, quand l'utérus est fibromateux, quand on a un pédicule large à tissu coupant et que par conséquent l'hémostase est difficile ou insuffisamment assurée, l'hystérectomie est de règle.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
AUGUSTE POLLOSSON.

Vu :

POUR LE LE DOYEN, L'ASSESEUR,
J. COURMONT.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 28 mars 1912.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION,
LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
C. CHABOT.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN et CHARLET, *Société des Sciences médicales*, Lyon, 1909.
- AMAN, *Monatsschrift für Geb. und Gyn.*, 1901.
- ASPELL, *Amer. Gyn. and Obst. Journ.*, 1899, vol. XV, p. 180.
- BAS, Thèse d'Iéna, 1906.
- BANTOCK, *Brit. med. Journ.*, t. XI, p. 305.
- BERNIOLE, Thèse de Paris, 1906.
- BÉRARD, *Lyon médical*, 1908, p. 374.
- BERNARD, Thèse de Bordeaux, 1903.
- BLAND SUTTON, *Trans. of the Obst. Soc. of London*, XII, 1889, p. 296.
- BOURCART, *Annales de Gynécologie*, septembre 1904.
- BOURNEI, *Congrès de Chirurgie*, 1905.
- BRIGGS, *Brit. med. Journ.*, 1902.
- BRITZE, *Inaug. dissert. Iéna*, 1905.
- BROTHERS, *Ann. of Gynec.*, 1905.
- CAPPIE, *Edinb. med. Journ.*, 1874-75.
- CASABOIS, Thèse de Lyon, 1899.
- CATAHEIN, *Atti di Società ital. di Ost. e Gyn.*, VII, 1899, p. 160.
- CHROBAK, *Wien. klin. Wochensch.*, 1899, p. 784.
- CLÉMENT, *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 février 1906.
- COURTY, *Traité des maladies de l'utérus*.
- DANIEL et GIRAUD, *Société anatomique de Paris*, 1903.
- DAVID, *Société anat.*, 1905. — *Sem. gynécol.*, mars 1906.
- DELAUNAY et PILLET, *Société anatom. de Paris*, 1896.
- DEMANTKÉ, Thèse de Paris, 1897.
- DICKINSON, *Brooklyn med. Jour.*, mars 1904, p. 183.
- DOUGLAS, in Ferroni.
- DUQUET et VARNIER, *Ann. de Gynécol. et Obstétrique*, 1897.
- DUHRSEN, *Stieldrehung Zentralblatt zur Gyn.*, 1894.

- DULL, Thèse d'Erlungen, 1872.
EHRENDORFER, *Monats. f. Geb. und Gyn.*, 1899, t. IX, p. 391.
FAURE, *Société de Chirurgie*, 1903.
BRAUN VON FERNWALD, *Beitrage zur Lehre der Laparotomien*, 1890.
FERRAND, in Bernard.
ERSILIO FERRONI, *Annali di Ost. e Gin.*, XXI, 1899, p. 342.
FRIGGESI, *Zentralblatt für Gyn.*, 1905, n° 16, p. 502.
FRITSCH, in thèse Günther.
FROMMEL, Ueber Achsendrehung des Uterus durch Geschwiilste (*Cent. für Gyn.*, 1898, p. 577).
GAMBRIE, in Courty.
GAYET et ADLER, *Lyon médical*, 1907, p. 272.
GIFT, Inaugural Dissert., München, 1902.
GIROD, Thèse de Paris, 1908.
GOFFE, *Amer. Journ. of Obst.*, 1895, t. XXI, p. 93.
GOULLIoud, *Lyon médical*, 1904, p. 65.
GUNTHER, Thèse d'Iéna, 1893.
HEDREN, *Zentralb. f. Gyn.*, 1895, p. 997.
HEURTEAUX, *Gazette médicale de Nantes*, 1893.
HOFMEIER, *Die Myomotomie*, Stuttgart, 1884, p. 37.
HOLOWKO, *Centralbl. f. Gyn.*, 1899, p. 279.
HOLST, *Centralbl. f. Gyn.*, 1894, p. 697.
HOMANS, *Amer. Journ. of Obst.*, 1892, t. XXV, p. 839.
IMBERT et TÉDENAT, *Montpellier médical*, 1892.
VAN ITERSON, in the Gunther.
IVANOFF, *Annales de Gynécologie*, 1907.
JABOULAY, *Lyon chirurgical*.
JOHANNOWSKY, *Monatschr. f. Geb. und Gynæc.*, 1890, t. VIII.
JOSSELIN DE JOUG, *Centralbl. f. Gyn.*, 1905.
KELLY, *Operatione Gynecology*, t. II, p. 384.
KOEBERLÉ, *Manuel de l'ovariotomie*, 1873.
KREUTZMANN, *Centralbl. f. Gyn.*, 1898, p. 873.
KUSTNER, *Centralbl. f. Gyn.*, 1890, p. 785.
 Vest's Handbusch des Gynæc., I, p. 108, 1897.
LABBÉ, *Leçons de clinique chirurgicale*, 1876.
LAMARRE, *Bull. Soc. anat.*, 1883.
LANNELONGUE, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1896.
LANNELONGUE et VITRAC, *Semaine gynécologique*, 19 avril 1898.
LAUVERS, *Brit. Gyn. Journ.*, février 1904.
LEJARS, *Semaine médicale*, 21 juillet 1907, p. 330.
LEJONNE et MILANOFF, *Soc. anat.*, février 1900.
LEMELAND, Thèse de Paris, 1909.

- LENNAUDEB, *Zentralbl. f. Gyn.*, 1895, p. 159.
LEPAGE et MOUCHOTTE, *Ann. de Gynec. et d'Obst.*, février 1906.
LUDWIG, *Centr. f. Gyn.*, 1899.
LUYS, *Soc. anat.*, 1898.
MACÉ, Thèse de Paris, 1897.
MALHERBE et GROSSE, *in* thèse Blanchard.
— *Gazette médicale*, Nantes, 1908.
MARTIN, *Normandie méd.*, 1897.
MARTIN-CHRISTOFFER, *Midland med. Soc.*, février 1901.
MAYGRIER, *Société d'Obstétrique de Paris*, 1901.
MEREDITH, *Trans. Soc. Obst. London*, 1897, p. 442.
MICHELI, *Mon. f. Geb. und Gyn.*, XI, 1900, p. 515.
MICHOLITSCH, *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, 1899.
MUNDE, *Amer. Journ. of Obst.*, 1901.
OLSHAUSEN, *Traité de Gyn. de Vest.*
PATEL et PERRIN, *Société Sciences médicales*, 17 novembre 1909.
PELLANDA, *la Mort par fibromes utérins*, 1905.
PETERSON, *Ann. Journ. Obst.*, juillet 1905.
PICCINI, *Ann. di Ost. et Gin.*, 1892, p. 132.
PICK, *Rayer med. Wochenschr.*, 1891, p. 219.
PLANQUE, Thèse de Paris, 1897.
POLAK, *Clin. Rundsch.*, XII, 1898, p. 685.
POLLOSSON et VIOLET, *Société Sciences médicales*, 1905.
POLLOSSON et DURAND, *Société de Chirurgie de Lyon*, 1902.
POTERAS, *Société de Chirurgie de Paris*, 1910.
POZZI, *Revue de Gynécologie et Traité de Gynécologie*.
QUÉNU, *Société de Chirurgie*, 1905.
REINPRECHT, *Wiener klinisch Wochens.*, 1899, p. 784.
RIBEMONT DESSAIGNES et GROSSE, *C. R. de la Société d'Obst., Gyn. et Ped.*, 14 mars 1904.
RICARD, *Société de Chirurgie*, 1902.
RICHELOT, *in* Girod.
ROSTHORN KLEINHAUS, *Prat. med. Wochenschr.*, 1894.
ROUTIER, *Annales de Gynécologie*, 1890, p. 161.
SCHON, *Monatsch. f. Geb. und Gyn.*, 1905, p. 707.
SCHRÖDER, *Krankh. der Weibl. Geschl. Organen*, 1886, p. 228.
SCHULTZE, *Zeitschrift für Geb. und Gynæc.*, 1898, t. XXXVIII, p. 157.
SCHUTZENBERGER, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1874.
SCHWARTZ, *Société d'Obst.*, 1900.
SCHWARTZ et FERRY, *Soc. Anat.*, 1904, p. 416.

- SCHWARTZ et MERMET, *Soc. anatomique de Paris*, juin-décembre 1896.
- SEMMELING, *Beitrage zur Geb. und Gyn.*, 1901, t. V, p. 352.
- SKUTCH, *Centralbl. fur Gyn.*, 1887, p. 651.
- SMITH, *Dublin Med. Journal*, 1898, p. 350.
- SONNONFELD, Thèse de Breslau, 1900.
- SPEATH, *Deutsch. med. Woch.*, 1908, n° 10.
- STEINBUCHER, *Wiener klinische Wochenschrift*, 1905.
- STERSON, in Pellanda, p. 213.
- STANTZ, *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, 1902, t. XLVIII, p. 430.
- SWITALSKY, *Monatschrift f. Geb. und Gyn.*, t. XI, p. 543.
- TERRILLON, *Société de Chirurgie*, 1888.
- THOMS, *Monatsch. f. Geb. und Gyn.*, XII, p. 775.
- THORN, *Société méd. de Magdebourg*, 1900.
- THROSTOM, *Mercredi médical*, p. 156, 1892.
- TIMES, *Transact. of the London Obst. Soc.*, 1861.
- TIMMERS, Torsie von den uterus door titromyomen (*Inaug. dissert. Linden*, 1891).
- TIXIER et MAIRE, *Société Sciences médicales de Lyon*, novembre 1908, p. 1153.
- TOTH, *Centralbl. f. Gyn.*, 1898, n° 7, p. 84.
- TUFFIER, *Bull. Soc. Chir.*, 1898.
- TYSON (James), *Philadelphia med. Times*, 1874.
- VALLAS, in Pellanda, p. 215.
- VAUTRIN.
- VEIT, *Traité de Gynécologie*.
- VERCOUTRE, *Recueil de Mémoires de Médecins et de Chirurgie et de Pharmacie militaire*, t. XXXV, 1879.
- VILLARD, in Pellanda, p. 214.
- VINCENT, in Pellanda, p. 216.
- VIRCHOW, *Die Krankhaften Geschwülste*, 1863, t. III, p. 161.
- WALTHER et BOUISSON, in thèse Planque.
- WALTHER et GUILLOT, *Société anat.*, octobre 1898.
- WEINBERG, *Inaug. dissert.*, Leipzig, 1904.
- WERTHEIM, *Jahresb. D. Wien. K. K. Krausk.*, VII, 1901, p. 343.
- WIART et DARRÉ, *Soc. anat.*, 1902.
- WILSON, *Trans. of Obst. Soc. London*, 1897.
- WINTER, *Centralbl. f. Gyn.*, 1899, p. 1190.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique	11
CHAPITRE II. — Observations	16
CHAPITRE III. — Etiologie et pathogénie.	43
I. — Conditions anatomiques.	43
II. — Pathogénie de la torsion	47
CHAPITRE IV. — Anatomie et physiologie pathologiques.	52
I. — Du pédicule.	52
II. — Lésion du fibrome	58
III. — Etat de l'utérus	69
IV. — Etat des annexes	70
V. — Organes pelviens.	71
VI. — Etat du péritoine	72
CHAPITRE V. — Symptomatologie	74
CHAPITRE VI. — Diagnostic	81
CHAPITRE VII. — Traitement	88
I. — De la myomectomie	89
II. — De l'hystérectomie	92
CONCLUSIONS	97
BIBLIOGRAPHIE	99

